Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9369**

17. Wahlperiode 23. 04. 2012

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)

A. Problem und Ziel

Heute sind bereits circa 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig; viele von ihnen sind an Demenz erkrankt. In wenigen Jahrzehnten wird die Zahl der pflegebedürftigen Personen auf über vier Millionen Menschen steigen. Gleichzeitig wird die Bevölkerungszahl insgesamt sinken, so dass der prozentuale Anteil der pflegebedürftigen Menschen noch schneller ansteigen wird. Dieser Wandel stellt große Herausforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und an ihre Finanzierung.

B. Lösung

Es bedarf einer Fortentwicklung der Leistungsangebote der Pflegeversicherung, damit sie den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden. Zudem muss neu definiert werden, wer als pflegebedürftig anzusehen ist, und geklärt werden, welchen Hilfebedarf insbesondere an Demenz erkrankte Menschen haben. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ist in mehreren Schritten umzusetzen. Vor Einführung des neuen Begriffs werden die noch zu klärenden umfassenden Umsetzungsfragen parallel zu diesem Gesetzgebungsverfahren von einem Expertenbeirat bearbeitet und damit die erforderlichen weiteren Schritte vorbereitet.

Im Hinblick darauf, dass an Demenz erkrankte Menschen zeitnah konkrete Hilfe brauchen, werden sie ab dem 1. Januar 2013 mehr und bessere Leistungen erhalten. Diese Leistungen werden gewährt, bis ein Gesetz in Kraft tritt, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorsieht. Sie sind Teil eines Konzeptes zur Verbesserung der Lage von an Demenz erkrankten Menschen. Damit verbunden sind weitere Leistungsverbesserungen von der Möglichkeit der vorübergehenden Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, über die Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme, die Betreuung in Wohngruppen, die bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen.

Daneben sollen die Finanzierungsgrundlagen für die Pflege angepasst werden. Aufgabe einer Finanzierungsreform ist es, neben der kurzfristig wirksamen Beitragssatzerhöhung um 0,1 Beitragssatzpunkte langfristig unter Berücksichtigung der künftigen Beitragsentwicklung und der künftigen Leistungsentwicklung zu einer ausgewogeneren Belastung der Generationen zu kommen. Künftig werden die Menschen dabei unterstützt, für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich privat vorzusorgen. Die freiwillige private Pflegevorsorge wird daher ab dem 1. Januar 2013 steuerlich gefördert. Das bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen im Jahr 2012 Mehrausgaben von rund 1,5 Mio. Euro und für das Jahr 2013 von rund 29 Mio. Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Januar 2013 mit rund 35 Mio. Euro jährlich belastet. Zusätzlich entstehen dem Bund für die Übernahme der Beiträge für Bezieher von Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 40 Mio. Euro jährlich. Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte führt zu Steuermindereinnahmen von etwa 60 Mio. Euro beim Bund, 55 Mio. Euro bei den Ländern und 20 Mio. Euro bei den Gemeinden. Für die Träger der Sozialhilfe und die Träger der Kriegsopferfürsorge ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge und die Förderung von Wohngruppen Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt beziffert werden können. Dem stehen ebenfalls nicht exakt bezifferbare Mehrausgaben aus der Beitragssatzanhebung für versicherte Leistungsberechtigte gegenüber; für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind diese Mehraufwendungen aufgrund der ab dem Jahr 2014 vorgesehenen vollständigen Erstattung der Nettoausgaben vom Bund zu übernehmen. Für die Länder oder die jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften können sich aus einer Erhöhung der von der Pflegeversicherung zur Hälfte kofinanzierten Fördermittel im Bereich der Selbsthilfe Mehrausgaben von bis zu 8 Mio. Euro ergeben, wenn sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

2. Soziale Pflegeversicherung

Die Anhebung des Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte führt im Jahr 2013 zu Mehreinnahmen von rund 1,14 Mrd. Euro in der sozialen Pflegeversicherung. 2014 ergeben sich Mehreinnahmen von rund 1,18 Mrd. Euro und 2015 Mehreinnahmen von rund 1,22 Mrd. Euro.

Im Jahr 2012 entstehen Mehrausgaben von rund 50 Mio. Euro durch die gleichzeitige Gewährung von hälftigem Pflegegeld bei Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege, die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die Ermöglichung einer gleichzeitigen Kurzzeitpflege für den Pflegebedürftigen in der Nähe des pflegenden Angehörigen während der Dauer der Rehabilitationsmaßnahme, die Bereitstellung von Finanzmitteln für Selbsthilfegruppen, die Addition von Pflegezeiten bei der Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen sowie die Abschaffung der Eigenbeteiligung bei Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung. Im Jahr 2013 ergeben sich Mehrausgaben von rund 0,98 Mrd. Euro infolge der zum Jahresanfang einsetzenden Gewährung von zusätzlichen Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen im Rahmen der Übergangsregelung zur häuslichen Betreuung und der Erstreckung der Regelung für die zusätzlichen Betreuungskräfte auf Einrichtungen der teilstationären Pflege. Bis 2015 steigen die jährlichen Mehrausgaben auf circa 1,28 Mrd. Euro.

Mit der Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte können die Leistungsverbesserungen bis Ende 2015 finanziert werden.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Klarstellung zur Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige führt in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 10 Mio. Euro. Steigt die Zahl der pflegenden Angehörigen, die Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen, so werden die Mehrausgaben im Laufe der Jahre steigen. Den Mehrausgaben stehen Minderausgaben aufgrund der verbesserten gesundheitlichen Situation der pflegenden Angehörigen gegenüber. Steigt im Zuge der verbesserten Information der Pflegebedürftigen über Rehabilitationsmaßnahmen die Zahl der Pflegebedürftigen, die an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen, werden die entstehenden Kosten durch Rehabilitationserfolge in der Zukunft in etwa kompensiert.

Durch Förderzuschläge für Ärzte, insbesondere für kontinuierliche vertragsärztliche „Besuche“ der Pflegeheimbewohner, entstehen den gesetzlichen Krankenkassen geschätzte jährliche Mehraufwendungen von insgesamt rund 77 Mio. Euro. Dem stehen höhere Einsparungen durch verringerte Kosten infolge vermeidbarer Krankenhauseinweisungen in einer geschätzten Größenordnung von 120 Mio. Euro gegenüber.

Durch zusätzliche Vergütungen für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen durch Vertragszahnärzte sowie für die Ausweitung des Personenkreises der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung auf Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von circa 3,5 Mio. Euro, denen nicht bezifferbare Einsparungen durch eine Verbesserung der Mundgesundheit, die Stärkung der Prophylaxe und Zahnerhaltung sowie die Vermeidung von Komplikationen bei pflegebedürftigen Menschen gegenüberstehen.

4. Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 16 Mio. Euro jährlich.

E. Erfüllungsaufwand

Für Bürgerinnen und Bürger entstehen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 6 400 Stunden und rund 20 000 Euro sowie ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 5 000 Stunden und rund 16 000 Euro. Dem steht eine jährliche Entlastung von rund 5 800 Stunden und rund 109 000 Euro gegenüber.

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 1,4 Mio. Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 445 000 Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 4 Mio. Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 15,3 Mio. Euro, wobei ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 210 000 Euro nur für drei Jahre anfallen wird. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 372 000 Euro jährlich.

Für die Wirtschaft entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 377 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3,6 Mio. Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 2 Mio. Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 1 Mio. Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 24 000 Euro jährlich. Es werden drei Informationspflichten eingeführt (§ 7b Absatz 4, § 114 Absatz 1, § 120 Absatz 3), die insgesamt zu einer Belastung in Höhe von rund 4 Mio. Euro führen (im Erfüllungsaufwand enthalten).

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen im Jahr 2012 Mehraufwendungen von rund 2,5 Mio. Euro und für das Jahr 2013 von rund 30 Mio. Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 325 Mio. Euro im Jahr 2013 und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau werden nicht erwartet.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 23. April 2012

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

> Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
> (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz - PNG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Die Stellungnahme der Bundesregierung zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates ist als Anlage 3 beigefügt.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 30. März 2012 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)

Vom …

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Nach der Angabe zu § 7a wird folgende Angabe eingefügt:

   „§ 7b Beratungsgutscheine“.

   b) Nach der Angabe zu § 18 werden die folgenden Angaben eingefügt:

   „§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

   § 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren“.

   c) Nach der Angabe zu § 38 wird folgende Angabe eingefügt:

   „§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen“.

   d) Nach der Angabe zu § 45d werden die folgenden Angaben eingefügt:

   „Sechster Abschnitt
   Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

   § 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten betreuten Wohngruppen

   § 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen“.

   e) Nach der Angabe zu § 53a wird folgende Angabe eingefügt:

   „§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“.

   f) Nach der Angabe zu § 97c wird folgende Angabe eingefügt:

   „§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter“.

   g) Nach der Angabe zu § 117 wird folgende Angabe eingefügt:

   „§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung“.

   h) Nach der Angabe zu § 122 werden die folgenden Angaben eingefügt:

   „§ 123 Übergangsregelung: verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

   § 124 Übergangsregelung: häusliche Betreuung

   § 125 Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste“.

2. § 7 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

   „Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten, zu beraten und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch auf Folgendes besteht:

   1. Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie

   2. Übermittlung der gesonderten Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Absatz 1.“

3. Nach § 7a wird folgender § 7b eingefügt:

   „§ 7b
   Beratungsgutscheine

   (1) Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch entweder

   1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder

   2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

   Die Beratung richtet sich nach den §§ 7 und 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären.

   (2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach den §§ 7 und 7a einhalten. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neu-

tralen Beratungsstellen, die insbesondere Folgendes regeln:

1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,
2. die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
3. die Vergütung.

(3) Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für Zwecke der Beratung nach den §§ 7 und 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. Zudem ist der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.“

4. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen“ durch die Wörter „beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „hat“ durch das Wort „haben“ ersetzt und werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Soweit nach Satz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden, sind dem Antragsteller in der Regel drei Gutachter zur Auswahl zu benennen. Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten bestimmt die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „hat“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „soll“ durch das Wort „ist“ ersetzt und werden die Wörter „mitgeteilt werden“ durch das Wort „mitzuteilen“ ersetzt.

cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten.“

dd) In Satz 7 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienstes“ die Wörter „oder der beauftragten Gutachter“ eingefügt.

ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.“

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jeden Tag Verzögerung 10 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.“

e) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „soll“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen“ ersetzt.

f) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst“ die Wörter „oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern“ eingefügt.

g) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „hat“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten

Gutachter haben“ und das Wort „seiner“ durch die Wörter „seiner oder ihrer“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden das Wort „seiner“ durch die Wörter „seiner oder ihrer“ und das Wort „hat“ durch das Wort „haben“ ersetzt sowie werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren.“

h) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.“

5. Nach § 18 werden die folgenden §§ 18a und 18b eingefügt:

„§ 18a
Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

„(1) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

(2) Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,
3. die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger sowie die Anzahl der Widersprüche und
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Der Verband hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

§ 18b
Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, bis zum 31. März 2013 für alle Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen.

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,
2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.

(3) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

6. In § 19 Satz 2 werden die Wörter „pflegebedürftige Person“ durch die Wörter „oder mehrere pflegebedürftige Personen“ ersetzt.

7. In § 23 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 14 Abs. 1 und 5 der Beihilfevorschriften des Bundes“ durch die Wörter „§ 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung“ ersetzt.
8. In § 27 Satz 3 wird die Angabe „Abs. 10“ durch die Angabe „Absatz 9“ ersetzt.
9. § 28 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 5 werden die Wörter „technische Hilfen“ durch die Wörter „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.
      bb) In Nummer 14 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 15 angefügt:
         „15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).“
   b) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:
      „(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.“
   c) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:
      „Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Anspruch auf verbesserte Pflegeleistungen (§ 123).“
10. In § 34 Absatz 3 wird die Angabe „nach § 44“ durch die Wörter „nach den §§ 44 und 44a“ ersetzt.
11. Nach § 37 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
   „Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“
12. Dem § 38 wird folgender Satz angefügt:
   „Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.“
13. Nach § 38 wird folgender § 38a eingefügt:

„§ 38a
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn

1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
2. sie Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und
4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen.

(2) Keine ambulante Versorgungsform im Sinne von Absatz 1 liegt vor, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist. Die von der Gemeinschaft unabhängig getroffenen Regelungen und Absprachen sind keine tatsächlichen Einschränkungen in diesem Sinne.“

14. § 40 Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.
15. Dem § 41 wird folgender Absatz 7 angefügt:
   „(7) In Fällen, in denen Pflegebedürftige ambulante Pflegesachleistungen und Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen, sind die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig vor den Vergütungen für Tages- oder Nachtpflege abzurechnen und zu bezahlen.“
16. Dem § 42 wird folgender Absatz 4 angefügt:
   „(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.“
17. § 45a wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt und wird das Wort „hat“ durch das Wort „haben“ ersetzt.
   b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „der Gutachter des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt und wird das Wort „feststellt“ durch das Wort „feststellen“ ersetzt.
18. § 45d wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
      „(1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit

erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Wortlaut werden die folgenden Sätze vorangestellt:

„Je Versicherten werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet.“

bb) Im bisherigen Satz 1 werden die Wörter „im Sinne von Absatz 1“ gestrichen.

cc) Im bisherigen Satz 2 werden die Wörter „im Sinne von Absatz 1“ und die Wörter „nach Satz 1“ gestrichen.

dd) Im bisherigen Satz 3 werden die Wörter „im Sinne von Absatz 1“ gestrichen.

19. Nach § 45d wird folgender Sechster Abschnitt eingefügt:

„Sechster Abschnitt
Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist, spätestens aber am 31. Dezember 2015. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

§ 45f
Weiterentwicklung neuer Wohnformen

(1) Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden zusätzlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzubeziehen, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten.

(2) Einrichtungen, die aus diesem Grund bereits eine Modellförderung, insbesondere nach § 8 Absatz 3, erfahren haben, sind von der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 ausgenommen. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend.“

20. § 46 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 7a Abs. 4 Satz 5“ die Wörter „und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3a“ eingefügt.

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „bundesunmittelbaren Pflegekassen“ und „landesunmittelbaren Pflegekassen“ jeweils die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.

cc) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.

21. Dem § 52 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Landesverbände haben insbesondere den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.“

22. In § 53a Satz 1 Nummer 4 werden nach dem Wort „Qualitätsprüfungen“ die Wörter „und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen“ eingefügt.

23. Nach § 53a wird folgender § 53b eingefügt:

„§ 53b
Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt bis zum 31. März 2013 mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen verbindlich.

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

1. die Anforderungen an die Qualifikation und die Unabhängigkeit der Gutachter,

2. das Verfahren, mit dem sichergestellt wird, dass die von den Pflegekassen beauftragten unabhängigen Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe die-

selben Maßstäbe wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung anlegen,

3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren und

4. die Einbeziehung der Gutachten der von den Pflegekassen beauftragten Gutachter in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste.

(3) Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

24. § 55 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „1,95 vom Hundert“ durch die Angabe „2,05 Prozent“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen, die Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, erhoben. Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach Absatz 1 Satz 1 zu dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches. Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 erfüllt, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1.“

25. § 57 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Beitragsbemessung der in § 20 Absatz 1 Nummer 3 genannten Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.“

26. § 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nummer 2 werden jeweils die Wörter „nur“ gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1, 2 und 3 wird jeweils das Wort „fünf“ durch das Wort „acht“ ersetzt.

bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

27. § 72 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden im Satzteil nach dem Semikolon die Wörter „örtlich und“ durch die Wörter „vor Ort“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „zahlen“ ein Komma sowie die Wörter „soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze auf Grund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind“ eingefügt.

28. § 77 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und

2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

29. § 78 Absatz 2 Satz 1 wird aufgehoben und in dem bisherigen Satz 2 wird das Wort „Er“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

30. In § 81 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „einschließlich der See-Krankenkasse“ gestrichen.

31. § 82b wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen können für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. Absatz 1 gilt entsprechend.“

32. In § 84 Absatz 2 Satz 4 werden nach dem Wort „ermöglichen,“ die Wörter „seine Personalaufwendungen zu finanzieren und“ eingefügt.

33. Nach § 87 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Entgelte für Verpflegung dürfen nur für Tage berechnet werden, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde.“

34. In § 87a Absatz 1 Satz 7 werden die Wörter „und Verpflegung“ gestrichen.

35. § 87b wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

       aa) In Satz 1 wird das Wort „Vollstationäre“ durch das Wort „Stationäre“ ersetzt.

       bb) In Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „sozialversicherungspflichtig beschäftigtes“ gestrichen und werden nach dem Wort „Betreuungspersonal“ ein Komma sowie die Wörter „in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung“ eingefügt.

    b) In Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden“ eingefügt.

    c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

       aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. August 2008“ gestrichen, wird das Wort „vollstationären“ durch das Wort „stationären“ und das Wort „vollstationärer“ durch das Wort „stationärer“ ersetzt.

       bb) In Satz 2 wird das Wort „Pflegeheime“ durch die Wörter „stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

36. § 89 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „ermöglichen,“ die Wörter „seine Personalaufwendungen zu finanzieren und“ eingefügt.

    b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

       „Die Vergütungen sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

37. In § 94 Absatz 1 Nummer 8 werden nach der Angabe „(§ 7a)“ ein Komma und die Wörter „das Ausstellen von Beratungsgutscheinen (§ 7b)“ eingefügt.

38. Nach § 97c wird folgender § 97d eingefügt:

„§ 97d
Begutachtung durch unabhängige Gutachter

(1) Von den Pflegekassen gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 beauftragte unabhängige Gutachter sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Zwecke der Begutachtung gemäß § 18 erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Gutachter von den Pflegekassen nach § 18 Absatz 1 Satz 1 erteilten Auftrags benötigen.

(2) Die unabhängigen Gutachter dürfen das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 an die sie beauftragende Pflegekasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Rehabilitationsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 107 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

39. Dem § 105 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

    „§ 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

40. § 109 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

    a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Geschlecht“ ein Komma und das Wort „Geburtsjahr“ sowie nach dem Wort „Umschulung“ ein Komma und die Wörter „zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr“ eingefügt.

    b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ eingefügt.

41. § 113 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats“ eingefügt.

    b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. März 2009“ durch die Wörter „innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat,“ ersetzt.

42. § 114 wird wie folgt geändert:

    a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

       „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2013 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Sie sollen insbesondere hinweisen auf

       1. den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie

       2. den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken.

       Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung sind den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von vier Wochen zu melden.“

    b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

       „(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Auf-

sichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

1. die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen,
2. die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
3. die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist.

Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird."

c) Dem Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Kosten im Sinne der Sätze 2 und 3 sind nur zusätzliche, tatsächlich bei der Wiederholungsprüfung angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- oder Vorhaltekosten, die auch ohne Wiederholungsprüfung angefallen wären. Pauschalen oder Durchschnittswerte können nicht angesetzt werden."

43. § 114a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Wenn organisatorische Gründe es erfordern, soll die Qualitätsprüfung in ambulanten Pflegeeinrichtungen kurzfristig angekündigt werden. Diese Gründe sind den Landesverbänden der Pflegekasse mit dem Prüfbericht schriftlich mitzuteilen."

b) Absatz 2 Satz 5 wird gestrichen.

c) Absatz 3 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen, Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen."

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Einwilligung nach Absatz 2 oder 3 muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen."

44. Nach § 115 Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass ab dem 1. Januar 2013 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Informationen nach Satz 1 an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen."

45. § 117 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 wird vor dem Wort „gegenseitige" das Wort „regelmäßige" eingefügt und wird in Nummer 2 das Wort „oder" durch das Wort „und" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen" eingefügt.

b) Dem Wortlaut des Absatzes 2 werden die folgenden Sätze vorangestellt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden ein Modellvorhaben vereinbaren, das darauf zielt, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten. Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a Satz 6 bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden."

46. Nach § 117 wird folgender § 118 eingefügt:

„§ 118
Beteiligung von Interessenvertretungen,
Verordnungsermächtigung

(1) Bei Erarbeitung oder Änderung

1. der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 45a Absatz 2 Satz 3, § 45b Absatz 1 Satz 4 und § 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie
2. der Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Absatz 1a

wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur

Anwesenheit bei Beschlussfassungen. Wird den schriftlichen Anliegen dieser Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten festzulegen für

1. die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie
2. das Verfahren der Beteiligung.“

47. § 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Pflegevertrag kann von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen. Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform. In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.“

48. Die folgenden §§ 123 bis 125 werden angefügt:

„§ 123
Übergangsregelung:
Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung auf Grund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38)

sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 70 Euro auf 305 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 85 Euro auf 525 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro.

§ 124
Übergangsregelung: Häusliche Betreuung

(1) Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, nach den §§ 36 und 123 einen Anspruch auf häusliche Betreuung.

(2) Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere das Folgende mit ein:

1. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
2. Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.

(3) Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

(4) Das Siebte, das Achte und das Elfte Kapitel sind entsprechend anzuwenden.

§ 125
Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2013 und 2014 aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit bis zu 5 Millionen Euro Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 durch Betreuungsdienste vereinbaren. Dienste können als Betreuungsdienste Vereinbarungspartner werden, die insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen.

(2) Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen zu untersuchen, und sind auf längstens drei Jahre zu befristen. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaft-

liche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(3) Auf die am Modell teilnehmenden Dienste sind die Vorschriften dieses Buches für Pflegedienste entsprechend anzuwenden. An Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft können sie eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Kraft einsetzen; § 71 Absatz 3 Satz 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Zulassung der teilnehmenden Betreuungsdienste zur Versorgung bleibt bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellprogramms gültig.“

Artikel 2

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

In § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, werden vor dem Komma am Ende ein Semikolon und die Wörter „bei Pflege mehrerer Angehöriger sind die Zeiten der Pflege zusammenzurechnen“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 23 Absatz 5 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“ eingefügt.
2. In § 40 Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“ eingefügt.
3. § 87 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2i Satz 1 wird wie folgt gefasst:

      „Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind und die die Zahnarztpraxis auf Grund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.“

   b) Nach Absatz 2i wird folgender Absatz 2j eingefügt:

      „(2j) Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Absatz 2i Satz 1 hinausgehende Leistung vorzusehen. Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistung ist die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 festgelegten Anforderungen. Die Leistung nach Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht berechnungsfähig. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

4. In § 87a Absatz 2 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; nach Abschluss der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 können Zuschläge befristet für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2015 auch vereinbart werden zur Förderung
   1. der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder
   2. von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1“

   eingefügt.
5. § 92 Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
   b) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

      „4. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA).“

6. § 119b wird wie folgt geändert:
   a) Der Wortlaut wird Absatz 1 und in Satz 2 wird das Wort „anzustreben“ durch die Wörter „zu vermitteln“ ersetzt.
   b) Die folgende Absätze 2 und 3 werden angefügt:

      „(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren bis spätestens 30. September 2013 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

      (3) Das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die mit den Maßnahmen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August 2015 über die Ergebnisse. § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“

Artikel 4

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 Nummer 1a werden vor dem Komma am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftigen erreicht wird“ eingefügt.

   b) In Satz 2 werden vor dem Wort „Pflegebedürftigen“ die Wörter „oder den“ und nach den Wörtern „dem Umfang der“ das Wort „jeweiligen“ eingefügt sowie werden die Wörter „des § 37 des Elften Buches“ durch die Wörter „der §§ 37 und 123 des Elften Buches“ ersetzt.

2. § 166 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 Nummer 3 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma sowie die Wörter „wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird“ eingefügt.

      bb) Folgender Satz wird angefügt:

      „Pflegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.“

   b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

   „(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.“

Artikel 5

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe h, Nummer 9 Buchstabe c, die Nummern 24, 25, 35 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Nummer 48 tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

Die Altersstruktur der Gesellschaft wird sich in den nächsten Jahrzehnten grundlegend verändern. Es wird immer mehr ältere und hochbetagte Menschen geben. Pflegebedürftigkeit ist typischerweise ein Alters- und insbesondere ein Hochaltersrisiko. Heute sind bereits circa 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. In wenigen Jahrzehnten wird die Zahl auf über vier Millionen Menschen steigen. Gleichzeitig sinkt die Bevölkerungszahl insgesamt, so dass der prozentuale Anteil der pflegebedürftigen Menschen noch schneller ansteigen wird. Dieser Wandel stellt große Herausforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und Betreuung sowie ihre Finanzierung.

Ein hoher Anteil der pflegebedürftigen Menschen ist zugleich an Demenz erkrankt. Derzeitigen Erhebungen zufolge sind von den 2,4 Millionen Pflegebedürftigen etwa 0,9 Millionen demenziell erkrankt. Sie benötigen neben grundpflegerischen Angeboten vor allem Betreuungsleistungen. Auch ihre Zahl wird deutlich ansteigen. Als die Pflegeversicherung 1995 eingeführt wurde, wurden keine eigenständigen, auf die Situation Demenzkranker zugeschnittenen Leistungsangebote eingeführt, da die Erkrankung damals noch nicht so häufig auftrat. Die Gesamtzahl der an Demenz erkrankten Menschen wird derzeit auf mindestens 1,2 Millionen geschätzt.

Der demografische Wandel wird auch dazu führen, dass die Zahl der erwerbsfähigen Menschen und damit das Potenzial der für die Versorgung notwendigen Pflegekräfte sinkt. Es ist deshalb erforderlich, einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der pflegerischen Berufe zu leisten. Ein Großteil der in diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen dient auch dieser Zielsetzung.

Die Pflegeversicherung ist ein Teilleistungssystem, das Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hilft und sie unterstützt, die schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe der pflegerischen Versorgung zu bewältigen. Der Erhalt der Pflegebereitschaft von Angehörigen und von Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, sowie die Entlastung dieser Menschen sind eine zentrale Aufgabe der Pflegeversicherung.

Die zukünftigen Herausforderungen der Pflegeversicherung bedürfen einer soliden Finanzierung. Die umlagefinanzierte Sozialversicherung ist auf ein ausgewogenes Verhältnis der Generationen angewiesen. Bedingt durch die sinkende Kinderzahl steigt die von den folgenden Generationen zu übernehmende Finanzierungslast.

Zudem muss neu definiert werden, wer als pflegebedürftig anzusehen ist, und geklärt werden, welchen Hilfebedarf insbesondere Demenzkranke haben. Damit verbunden ist ein Orientierungswechsel, was unter Pflege zu verstehen ist, wie die Pflege in die Gesellschaft eingebunden ist und wie vor allem der besondere, in der Regel betreuerisch und weniger grundpflegerisch ausgerichtete Bedarf von Demenzkranken zu berücksichtigen ist. Mit diesem Gesetz wird dieser Orientierungswechsel eingeleitet; die Umsetzung wird einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

Im Hinblick auf den unmittelbar bestehenden Hilfebedarf demenzkranker Menschen werden diese ab dem 1. Januar 2013 solange mehr und bessere Leistungen erhalten, bis ein Gesetz in Kraft tritt, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens vorsieht. Sie sind Teil eines Gesamtkonzeptes zur Verbesserung der Lage von an Demenz erkrankten Menschen.

Außerdem sind weitere umfassende Leistungsverbesserungen vorgesehen, von der Möglichkeit der vorübergehenden Inanspruchnahme von häuslichen Betreuungsleistungen, der Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme, der Betreuung in ambulant betreuten Wohngruppen über bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen.

Die verbesserten Leistungen für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen machen eine Erhöhung des Beitragssatzes zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte erforderlich. Zudem wird – im Sinne der langfristigen Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und im Hinblick auf die in einem Teilleistungssystem notwendige Eigenvorsorge – die Umlagefinanzierung durch eine steuerlich geförderte, freiwillige, kapitalgedeckte Pflege-Vorsorge ergänzt. Das bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

II. Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes

Schwerpunkte des Gesetzes betreffen vor allem folgende Bereiche:

1. Leistungsverbesserung für demenziell erkrankte Menschen

Über die Notwendigkeit, den Begriff der Pflegebedürftigkeit neu zu definieren, besteht ein breiter Konsens. Die heutige, stark verrichtungsbezogene Beurteilung, welcher Pflegestufe ein Hilfebedürftiger zuzuordnen ist, wird der konkreten Lebenssituation vieler Pflegebedürftiger nicht ausreichend gerecht. Deshalb ist eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit notwendig, die insbesondere die Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie zum Beispiel bei Demenz, besser erfasst.

Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat dazu bereits wesentliche Vorarbeiten geleistet. Allerdings ist für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, auch aufgrund einer Vielzahl von technischen Fragen, ein längerer Umsetzungsprozess erforderlich.

Offene Fragen, die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens zusammenhängen, sind schnellstmöglich zu klären und es ist ein Zeitplan für erforderliche Umsetzungsschritte zu erstellen. Die Arbeiten zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen zügig abgeschlossen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird durch einen Expertenbeirat die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fachlich fundiert vorbereiten lassen. Dabei soll der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung

von Aktivitäten oder der Gestaltung verschiedener Lebensbereiche eine zentrale Bedeutung erhalten.

Um für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die zu Hause betreut werden, bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits zeitnah Verbesserungen herbeizuführen, erhalten Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen I und II vorübergehend jeweils einen pauschal erhöhten Leistungsbetrag. Versicherte der so genannten Pflegestufe 0 können vorübergehend zusätzlich zu den niedrigschwelligen Angeboten nach § 45b Pflegegeld oder Pflegesachleistungen erhalten.

Darüber hinaus wird die Versorgung der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege durch die Möglichkeit verbessert, auch in diesen Einrichtungen zu Lasten der Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungskräfte einzusetzen. Die Ausweitung zusätzlicher Betreuung auf den teilstationären Bereich ist ein weiterer Beitrag zur Entlastung von pflegenden Personen und zugleich mit einer Stärkung der ambulanten Versorgung verbunden.

2. Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich künftig flexibler gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen verständigen, die sie wirklich benötigen. Sie erhalten deshalb Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots. Sie können neben den heutigen, verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen. Sie können dann zusammen mit den Pflegediensten entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden sollen.

Bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch häusliche Betreuungsleistungen abgerufen werden. Dies ermöglicht insbesondere demenziell erkrankten Pflegebedürftigen, vorübergehend im Rahmen des ambulanten Pflegesachleistungsanspruchs auch häusliche Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Der Pflegebedürftige entscheidet, in welchem Umfang er Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder häusliche Betreuung in Anspruch nimmt und welche Hilfen er konkret abruft, solange im Einzelfall Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt bleiben.

Im Rahmen einer modellhaften Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation sollen weitere qualifizierte Leistungserbringer zugelassen werden. Diese ambulanten Betreuungsdienste sollen qualitätsgesicherte häusliche Betreuungsleistungen, insbesondere für an Demenz erkrankte Menschen, und hauswirtschaftliche Versorgung anbieten. Die Ergebnisse des Modellvorhabens sollen helfen, die Entscheidung des Gesetzgebers über eine regelhafte Zulassung von ambulanten Betreuungsdiensten für einen Zeitpunkt nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzubereiten.

3. Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird trotz der Maßnahmen, die das am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorsieht, nicht ausreichend beachtet. Um den Anspruch besser wahrnehmen zu können, sollen die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation gestärkt werden.

Die Pflegekassen werden verpflichtet, Antragstellenden neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Diese erhalten damit konkrete und für sie nachvollziehbare Aussagen über für sie notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, aber auch über die Gründe, die gegebenenfalls einer Rehabilitationsempfehlung entgegenstehen. Damit wird Transparenz geschaffen. Es werden Pflegebedürftige beziehungsweise es werden ihre Angehörigen in die Lage versetzt, bestehende Ansprüche besser geltend zu machen.

Nicht nur für die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch für die pflegenden Angehörigen ist Vorsorge und Rehabilitation wichtig. Im Rahmen bestehender Regelungen wird deshalb der Anspruch pflegender Angehöriger auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unterstrichen.

Dass pflegende Angehörige Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen zum Beispiel in Einrichtungen in Anspruch nehmen können, die zugleich Pflege und Betreuung des zu pflegenden Angehörigen gewährleisten, ist eine wichtige Maßnahme, um es pflegenden Angehörigen zu erleichtern, Rehabilitationsmaßnahmen tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Angehörige sind oft erst dann innerlich bereit, notwendige medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für sich selbst in Anspruch zu nehmen, wenn sichergestellt ist, dass der Pflegebedürftige in dieser Zeit in räumlicher Nähe versorgt ist und gegebenenfalls zusätzlich rehabilitative Angebote erhält.

4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeitbeziehungsweise Verhinderungspflege

Um pflegenden Angehörigen eine Auszeit zu erleichtern, wird bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt.

5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen

Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden dann entrichtet, wenn für den jeweiligen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden Pflege wöchentlich geleistet werden. Eine Addition von rentenrechtlich wirksamen Zeiten bei Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen ist bisher nicht vorgesehen. Wer zwei (oder mehrere) Pflegebedürftige gleichzeitig jeweils unter 14 Stunden pro Woche pflegt, erhält für die Pflege bisher keine Verbesserung seiner Alterssicherung, auch wenn er insgesamt mehr als 14 Stunden wöchentlich pflegt. Um die Pflege von zwei (oder mehreren) Pflegebedürftigen und die daraus resultierende Belastung der Pflegeperson ausreichend zu würdigen, werden zukünftig bei der Pflege von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen gleichzeitig rentenrechtlich wirksame Pflegezeiten addiert, wenn bei den Pflegebedürftigen mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist.

6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Neue Wohn- und Betreuungsformen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung entsprechen nicht nur den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger. Sie tragen auch dazu bei, stationäre Pflege zu vermeiden. Dass die Organisation von pflegerischer Versorgung in Wohngruppen erleichtert wird, stärkt den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung. Die neuen Wohn- und Betreuungsformen werden deshalb insbesondere durch folgende Maßnahmen gefördert:

a) Zahlung einer zusätzlichen, zweckgebundenen Pauschale bei Beschäftigung einer Pflegekraft, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngruppe sorgt. Auf diese Weise soll den besonderen Aufwendungen Rechnung getragen werden, die in dieser Wohnform entstehen.

b) Auflegung eines zeitlich befristeten Initiativprogramms zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen, das aus Mitteln finanziert wird, die nicht zum Aufbau von Pflegestützpunkten abgerufen worden sind. In diesem Rahmen erhalten ambulant betreute Wohngruppen bei Gründung eine finanzielle Sofortunterstützung für erforderliche altersgerechte oder barrierearme Umbaumaßnahmen. Außerdem werden zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen Konzepte gefördert, die eine bewohnerorientierte, individuelle Versorgung Pflegebedürftiger außerhalb einer vollstationären Versorgung ermöglichen.

Ziel ist es, den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechend die Rahmenbedingungen für die neuen Wohn- und Betreuungsformen – auch in finanzieller Hinsicht – deutlich zu verbessern.

7. Verbesserung der medizinischen Versorgung insbesondere in Pflegeheimen

Das Fünfte Buch enthält eine Reihe von Möglichkeiten zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, letztlich ist es aber von den jeweiligen Akteuren vor Ort abhängig, ob und in wieweit diese Möglichkeiten auch genutzt werden. Um die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen gezielt zu fördern und entsprechende Anreize zu setzen, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

a) Die Vorgabe, dass kassenärztliche Vereinigungen auf Antrag eines Pflegeheims – zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner – Kooperationsverträge mit dafür geeigneten Ärzten anzustreben haben, wird stringenter gefasst. Die Kassenärztliche Vereinigung vor Ort hat nunmehr solche Kooperationsverträge zu vermitteln.

b) Um für Ärzte und Zahnärzte Anreize zu schaffen, Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern durchzuführen, werden im Fall des Abschlusses von Kooperationsverträgen Zuschläge beziehungsweise eine zusätzliche Vergütung gewährt.

c) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, darüber zu informieren, wie die medizinische Versorgung der Pflegeheimbewohner sichergestellt wird. Diese Informationen sind im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen (Transparenzberichte) zu veröffentlichen.

Aus Gründen der Gleichbehandlung wird zudem die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführte Leistung für die aufsuchende zahnärztliche Versorgung (§ 87 Absatz 2i des Fünften Buches) auf immobile Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ausgeweitet. Bei diesen Personen besteht häufig der gleiche Bedarf, aufsuchend versorgt zu werden, wie bei Pflegebedürftigen und Menschen, die Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches beziehen.

8. Verbesserung der Beteiligung von Betroffenen und Versicherten

Um die Interessen der Betroffenen in Fragen der Begutachtung, Qualitätsentwicklung und der Transparenz von Qualitätsergebnissen stärker zu berücksichtigen, wird die Beteiligung der Betroffenen ausgebaut und konkreter gefasst.

9. Förderung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements

Um die Bedeutung der Selbsthilfe gerade auch aus Sicht der pflegenden Angehörigen zu verdeutlichen, wird für diesen Bereich analog der Krankenversicherung ein eigener „Finanztopf“ geschaffen. Die Förderung setzt eine anteilige Mitfinanzierung durch das jeweilige Bundesland oder die Kommune voraus.

Es wird klargestellt, dass für die ehrenamtliche Unterstützung allgemeiner Pflegeleistungen im stationären Bereich Aufwandsentschädigungen gezahlt werden können. Dies dient der Förderung des ehrenamtlichen Engagements, um die professionelle Versorgung Pflegebedürftiger zu unterstützen und zu ergänzen.

10. Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung

Begutachtungsverfahren und Entscheidungen über Pflegebedürftigkeit sollen für die Versicherten zügiger erfolgen und transparenter gestaltet werden. Der für die Begutachtung der Versicherten zuständige Medizinische Dienst der Krankenversicherung nimmt für die Pflegebedürftigen eine Schlüsselfunktion ein. Um die Stellung der Versicherten zu verbessern, werden deshalb folgende Maßnahmen ergriffen:

a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird zur Entwicklung und Veröffentlichung von Servicegrundsätzen sowie zur Einrichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet. Hierzu hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. März 2013 Richtlinien zu erlassen. Die Dienstleistungsorientierung ist auch bei Begutachtungen durch andere Gutachter sicherzustellen.

b) Wird bei einem Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine gesetzlich festgelegte Entscheidungsfrist nicht eingehalten, erhalten Versicherte von der Pflegekasse nach Ablauf der Entscheidungsfrist für jeden Tag Verzögerung 10 Euro als nicht rückzahlbaren und nicht mit den späteren Leistungen zu verrechnenden Ausgleich.

c) Die Pflegekassen können künftig neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch andere un-

abhängige Gutachter mit der Feststellung beauftragen, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt. Soweit unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden, sind den Antragstellenden in der Regel drei Gutachter zur Auswahl zu benennen.

d) Pflegekassen beziehungsweise die von diesen benannten Pflegeberater haben die Versicherten im Rahmen der Beratung darauf hinzuweisen, dass diese einen Anspruch darauf haben, das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu erhalten.

11. Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung

Um eine möglichst frühzeitige Beratung der Antragstellenden in ihrer häuslichen Umgebung zu gewährleisten, haben die Pflegekassen innerhalb von zwei Wochen einen Ansprechpartner nebst Kontaktdaten sowie einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung anzubieten und durchzuführen. Können sie das nicht gewährleisten, ist den Versicherten alternativ ein Beratungsgutschein zu übermitteln, der es den Antragstellenden ermöglicht, innerhalb von zwei Wochen die Beratung durch darin benannte, qualifizierte und unabhängige Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen. Auf Wunsch des Versicherten kann der Beratungstermin auch zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden. Außerdem hat die Beratung auf Wunsch in der häuslichen Umgebung stattzufinden.

12. Zukunftssichere Finanzierung

Die zusätzlichen Leistungen, insbesondere für an Demenz Erkrankte und Angehörige, erfordern eine Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte.

Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um ein Teilleistungssystem, das die Menschen in ihrer schweren Lebenssituation durch eine pflegerische Versorgung unterstützt. Eine vollständige Finanzierung der pflegerischen Versorgung und Betreuung wird auch in Zukunft in hohem Maß auf die Übernahme von Eigenverantwortung angewiesen sein.

Eine zusätzliche private Eigenvorsorge ist folglich ein zentraler Baustein der Finanzierung der Pflegeleistungen. Es ist daher eine zusätzliche, steuerlich geförderte private Eigenvorsorge geplant. Dies bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

13. Weitere Maßnahmen

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und Betreuung werden darüber hinaus folgende Maßnahmen ergriffen:

- Die Einkommensprüfung im Zusammenhang mit der Beantragung auf Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen wird abgeschafft.
- Die Rahmenfrist für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft wird einheitlich auf acht Jahre verlängert. Diese Maßnahme dient der Erleichterung des Wiedereinstiegs in den Beruf, zum Beispiel nach familienbedingter Unterbrechung.
- Die Voraussetzungen für den Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages werden durch eine Konkretisierung des Anwendungsbereichs vereinfacht.
- Die Verpflichtung zugelassener Pflegeeinrichtungen zur Zahlung der ortsüblichen Vergütung wird auf die Fälle begrenzt, in denen keine Mindestentgeltregelung gilt.
- Das Qualitätssicherungsrecht wird dahingehend modifiziert, dass für den ambulanten Bereich Ausnahmen vom Grundsatz der unangemeldeten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingeführt werden.
- Es wird die Möglichkeit für Modellversuche zur besseren Verzahnung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht eröffnet.

Diese Maßnahmen dienen auch der Entbürokratisierung.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zur Sozialversicherung und zum Arbeitsrecht beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes. Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihr Geschäft in aller Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Im Übrigen sind bundeseinheitliche Regelungen deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1).

IV. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

V. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund

Für den Haushalt des Bundes ergeben sich im Bereich der Beihilfe aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund 10 Mio. Euro für das Jahr 2013. Davon entfallen jeweils rund 3 Mio. Euro auf die unmittelbare Bundesverwaltung und das Bundeseisenbahnvermögen und 4 Mio. Euro auf die Postbeamtenversorgungskasse. Aufgrund des unterjährigen Inkrafttretens ergeben sich im Jahr 2012 entsprechend Ausgaben von rund 0,5 Mio. Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Entsprechend ergeben sich insgesamt im Jahr 2014 Mehrausgaben von rund 11 Mio. Euro und im Jahr 2015 von rund 13 Mio. Euro.

Der Bund ist aufgrund der Beitragssatzerhöhung in seiner Funktion als Arbeitgeber geringfügig belastet (rund 2 Mio. Euro jährlich). Zusätzlich entstehen dem Bund für die Übernahme der Beiträge für Bezieher von Grundsicherung für

Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 40 Mio. Euro jährlich.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte führt durch die Berücksichtigung zusätzlicher Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu jährlichen Steuermindereinnahmen von rund 60 Mio. Euro.

2. Länder und Gemeinden

Für die öffentlichen Haushalte der Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen für das Jahr 2012 Mehrausgaben von rund 1 Million Euro und für das Jahr 2013 Mehrausgaben von rund 19 Mio. Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Entsprechend ergeben sich insgesamt im Jahr 2014 Mehrausgaben von rund 21 Mio. Euro und im Jahr 2015 von rund 25 Mio. Euro.

Die Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Januar 2013 mit rund 33 Mio. Euro jährlich belastet.

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte führt über die Berücksichtigung der zusätzlichen Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu Steuermindereinnahmen von jährlich rund 55 Mio. Euro bei den Ländern und zu Steuermindereinnahmen von rund 20 Mio. Euro bei den Gemeinden.

Für die Träger der Sozialhilfe und die Träger der Kriegsopferfürsorge ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge und die Förderung von Wohngruppen Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt beziffert werden können. Dem stehen ebenfalls nicht exakt bezifferbare Mehrausgaben aus der Beitragssatzanhebung für versicherte Leistungsberechtigte gegenüber; für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind diese Mehraufwendungen aufgrund der ab dem Jahr 2014 vorgesehenen vollständigen Erstattung der Nettoausgaben vom Bund zu übernehmen und sind dann innerhalb des Einzelplans 11 auszugleichen.

Für die Länder oder die jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften können sich aus einer Erhöhung der von der Pflegeversicherung zur Hälfte kofinanzierten Fördermittel im Bereich der Selbsthilfe (§ 45d) Mehrausgaben von bis zu 8 Mio. Euro ergeben, wenn die Länder oder die jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

3. Soziale Pflegeversicherung

Die Maßnahmen des Gesetzes haben folgende Auswirkungen auf die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung:

– Die Anhebung des Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte führt im Jahr 2013 zu Mehreinnahmen von rund 1,14 Mrd. Euro. Im Jahr 2014 ergeben sich Mehreinnahmen von rund 1,18 Mrd. Euro und im Jahr 2015 Mehreinnahmen von rund 1,22 Mrd. Euro. Der Betrag steigt langfristig entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.
– Die Gewährung von zusätzlichen Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird rund 500 000 Menschen zugutekommen, davon etwa 40 000 Personen mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I. Es ergeben sich Mehrausgaben von rund 655 Mio. Euro im Jahr 2013. Im Jahr 2014 ergeben sich Mehrausgaben von rund 670 Mio. Euro und im Jahr 2015 von rund 715 Mio. Euro. Die Erstreckung der Regelung für die zusätzlichen Betreuungskräfte auf Einrichtungen der teilstationären Pflege kostet rund 15 Mio. Euro pro Jahr.
– Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen im Rahmen der Übergangsregelung zur häuslichen Betreuung führt im Jahr 2013 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 200 Mio. Euro. Es wird ein allmählich steigender Anteil der Sachleistungsinanspruchnahme unterstellt. Das führt im Jahr 2014 zu Mehrausgaben von rund 300 Mio. Euro und im Jahr 2015 zu Mehrausgaben von rund 395 Mio. Euro. Dabei wird davon ausgegangen, dass aufgrund der besseren Passgenauigkeit der Leistungen insbesondere für die Bedürfnisse von demenziell Erkrankten bis zum Jahr 2015 bis zu 150 000 ambulant Pflegebedürftige teilweise oder vollständig von Pflegegeld zu Pflegesachleistungen wechseln.
– Die Mehrausgaben für die gleichzeitige Gewährung von hälftigem Pflegegeld bei Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege betragen im Jahr 2012 rund 30 Mio. Euro, im Jahr 2013 ergeben sich rund 140 Mio. Euro. Für das Jahr 2014 ergeben sich Mehrausgaben von rund 160 Mio. Euro und für das Jahr 2015 in Höhe von rund 185 Mio. Euro. Dabei wird davon ausgegangen, dass im Jahresdurchschnitt etwa 65 000 Pflegegeldempfänger Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Die Ausgaben steigen aufgrund der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf.
– Die Kosten der zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (200 Euro monatlich pro Person) belaufen sich auf rund 9 Mio. Euro für das Jahr 2012 und rund 40 Mio. Euro für das Jahr 2013. Anschließend wird mit einem weiteren Anstieg auf etwa 50 000 Pflegebedürftige in diesen Wohngruppen im Jahr 2015 gerechnet. Dies führt zu Mehrausgaben von circa 55 Mio. Euro im Jahr 2014 und von circa 80 Mio. Euro im Jahr 2015.
– Die Inanspruchnahme einer gleichzeitigen Kurzzeitpflege in der Nähe des pflegenden Angehörigen, während dieser an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt, führt im Jahr 2012 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 3 Mio. Euro und im Gesamtjahr 2013 zu Mehrausgaben von rund 16 Mio. Euro. Anschließend wird von einer weiter allmählich steigenden Inanspruchnahme ausgegangen. Im Jahr 2014 ergeben sich Mehrausgaben von rund 25 Mio. Euro und im Jahr 2015 von rund 27 Mio. Euro. Dabei stehen den Mehrausgaben Minderausgaben gegenüber. Hintergrund ist eine Verlängerung des Zeitraums, in dem eine ambulante Pflege möglich ist, da sich der Gesundheitszustand des pflegenden Angehörigen durch die Rehabilitation verbessert hat.

– Die Bereitstellung von Finanzmitteln für Selbsthilfegruppen in der Pflegeversicherung beträgt 10 Cent pro Versicherten und ist mit Ausgaben von 7 Mio. Euro jährlich verbunden.
– Die Abschaffung der Eigenbeteiligung bei Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung führt zu Mehrausgaben von rund 5 Mio. Euro jährlich. Im Jahr 2012 betragen die Mehrausgaben rund 1 Mio. Euro.
– Die Ausgaben für das Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohngruppen betragen insgesamt 40 Mio. Euro. Für die modellhafte Einführung von Betreuungsdiensten wird ein Betrag von 5 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Beides zusammen entspricht dem Volumen der nicht verausgabten Mittel aus der Anschubfinanzierung für die Pflegestützpunkte.
– Es ergeben sich geringfügige Mehraufwendungen für die verbesserte Berücksichtigung von rentenrechtlichen Zeiten bei der Pflege von mehreren Pflegebedürftigen gleichzeitig.
– Der verbesserte Zugang von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zu Rehabilitationsmaßnahmen und die weiteren Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege führen zu einer Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements und bei einem Teil der Pflegebedürftigen auch zu einer niedrigeren Pflegestufe. Es ist davon auszugehen, dass im Zuge dieser Maßnahmen wenigstens 1 Prozent mehr häusliche Pflegearrangements aufrechterhalten werden können als auf Basis des geltenden Rechts. Daraus ergeben sich Minderausgaben von jährlich rund 150 Mio. Euro. Für das Jahr 2013 wird noch nicht von einer vollen Wirkung ausgegangen werden können, so dass Minderausgaben von rund 100 Mio. Euro angesetzt werden.

Insgesamt ergeben sich durch die Änderungen im Leistungsrecht folgende Gesamtwirkungen für die soziale Pflegeversicherung:

Maßnahme	Mehrausgaben in Mrd. Euro			
	2012	2013	2014	2015
Alle Veränderungen im Leistungsrecht zusammen	0,05	0,98	1,09	1,28

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte gewährleistet die Finanzierbarkeit der Leistungsverbesserungen bis Ende 2015.

4. Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Klarstellung zur Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige führt in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 10 Mio. Euro. Steigt die Zahl der pflegenden Angehörigen, die Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen, werden die Mehrausgaben im Laufe der Jahre steigen. Den Mehrausgaben stehen Minderausgaben aufgrund der verbesserten gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger gegenüber.

Steigt im Zuge der verbesserten Information der Pflegebedürftigen über Rehabilitationsmaßnahmen die Zahl der Pflegebedürftigen, die an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen, werden die entstehenden Kosten durch Rehabilitationserfolg in der Zukunft in etwa kompensiert.

Durch die vorgesehenen Förderzuschläge für Ärzte zur kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von rund 645 000 gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen entstehen den gesetzlichen Krankenkassen für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung geschätzte jährliche Mehraufwendungen von insgesamt circa 77 Mio. Euro. Dabei wird die bessere Koordination und Kooperation insbesondere durch eine erhöhte Besuchstätigkeit der Ärzte erreicht. Auszugehen ist davon, dass für durchschnittlich acht zu fördernde Besuche pro Heimbewohner und Jahr dem Arzt ein angemessener Zuschlag auf die Regelvergütung gezahlt wird.

Diesen geschätzten Mehraufwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung für die koordinierte ärztliche Versorgung dürften in der Summe höhere Einsparungen durch verringerte Kosten durch vermiedene unnötige Krankenhauseinweisungen und Krankentransporte gegenüberstehen: Ausgehend von insgesamt 645 000 Krankenhauseinweisungen gesetzlich Versicherter aus Pflegeheimen pro Jahr (vergleiche GEK-Pflegereport, Rothgang et alteri (2008), S. 244) ist derzeit mit Krankenhauskosten in Höhe von 3 800 Euro pro Fall mit insgesamt 2,45 Mrd. Euro zu rechnen. Bei einer Reduzierung der Zahl der Krankenhausfälle um rund 5 Prozent pro Jahr durch eine koordinierte und kooperative medizinische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (rund 32 000 Fälle) können die gesetzlichen Krankenkassen durch Einsparungen im Krankenhausbereich in Höhe von rund 120 Mio. Euro pro Jahr (ohne Berücksichtigung von vermiedenen Kosten für Krankentransporte) erzielen.

Durch zusätzliche Vergütungen für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen durch Vertragszahnärzte sowie für die Ausweitung des Personenkreises der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung auf Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von circa 3,5 Mio. Euro, denen nicht bezifferbare Einsparungen durch eine Verbesserung der Mundgesundheit, die Stärkung der Prophylaxe und Zahnerhaltung sowie die Vermeidung von Komplikationen bei pflegebedürftigen Menschen gegenüberstehen.

5. Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 16 Mio. Euro jährlich.

VI. Erfüllungsaufwand

Bei der Berechnung des Erfüllungsaufwands sowie der Be- und Entlastungseffekte wurde der Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamtes (Stand: Juni 2011) zugrunde gelegt. Dies gilt insbesondere für die Ausführungen zu den Zeitwerten mit Hilfe von typisierenden Ex-ante-Angaben sowie für die Lohnkostentabelle Wirtschaft, deren Wirtschaftsabschnitte J, L und N den Berechnungen zugrunde gelegt wurden.

1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 6 400 Stunden und rund 20 000 Euro sowie ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 5 000 Stunden und rund 16 000 Euro. Dem steht eine jährliche Entlastung von rund 5 800 Stunden und rund 109 000 Euro gegenüber.

a) Änderung bestehender Vorgaben

§ 19 Satz 2 (Artikel 1, Nummer 6)

Die Regelung sieht vor, dass auch Pflegepersonen in die Rentenversicherung mit einbezogen werden, die nur durch eine Addition der Pflegezeiten bei mehreren Pflegebedürftigen auf mindestens 14 Stunden kommen. Die Pflegeperson muss dazu einen Antrag stellen. Aufgrund der voraussichtlich sehr geringen Fallzahl und der absehbar niedrigen Belastung im Einzelfall entsteht geringfügiger Aufwand.

b) Einführung neuer Vorgaben

– § 18 Absatz 1 (Artikel 1, Nummer 4, Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc)

  Insbesondere in Fällen drohender Fristüberschreitung hat die Pflegekasse die Möglichkeit, Gutachtenaufträge an andere unabhängige Gutachter zu vergeben. Dem Versicherten sind in der Regel drei Gutachter zu benennen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse innerhalb einer Woche seine Entscheidung für einen Gutachter mitzuteilen. Die Anzahl der Antragsteller, die davon Gebrauch machen werden, kann derzeit nicht konkret ausgewiesen werden. Beispielhaft kann für einen Antragsteller von einem Aufwand von 15 Minuten zuzüglich möglicher Portokosten in Höhe von 1 Euro ausgegangen werden.

– § 38a (Artikel 1, Nummer 13)

  Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich. Dieser muss beantragt werden. Insgesamt führt dies zu einem Erfüllungsaufwand von rund 16 000 Euro und rund 5 000 Stunden pro Jahr (10 000 Anträge pro Jahr, 30 Minuten pro Antrag plus sonstige Kosten in Höhe von 1,55 Euro pro Fall).

– § 45e Absatz 1 (Artikel 1, Nummer 19)

  Pflegebedürftige, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und an der Gründung einer neuen Wohngruppe beteiligt sind, können innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen eine einmalige Anschubfinanzierung beantragen. Daraus ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 20 000 Euro und rund 6 400 Stunden (12 700 Anträge, 30 Minuten pro Antrag plus sonstige Kosten in Höhe von 1,55 Euro pro Fall).

– § 118 (Artikel 1, Nummer 46)

  Die Betroffenenperspektive wird bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich durch eine stärkere und qualifiziertere Beteiligung besser eingebunden. Gemäß § 118 Absatz 2 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, Einzelheiten zum Verfahren der Beteiligung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln. Vor diesem Hintergrund kann die Anzahl der zu beteiligenden Organisationen derzeit nicht konkret ausgewiesen werden. Beispielhaft kann für eine Organisation von einem Aufwand je Beteiligung in Höhe von drei Tagen zu jeweils acht Stunden zuzüglich sonstiger Kosten in Höhe von 20 Euro ausgegangen werden.

c) Abschaffung bestehender Vorgaben

– § 40 Absatz 4 Satz 2 (Artikel 1, Nummer 14)

  Durch den Wegfall des Einkommensnachweises sparen sich die Pflegebedürftigen den Nachweis ihres Einkommens und gegebenenfalls die Zahlung eines Eigenanteils. Das führt für sie zu einer jährlichen Reduzierung ihres Erfüllungsaufwands in Höhe von rund 5 800 Stunden sowie zu einer Kostenersparnis von rund 109 000 Euro (70 000 Leistungsberechtigte, pro Fall Zeitersparnis von fünf Minuten sowie Ersparnis sonstiger Kosten in Höhe von 1,55 Euro).

2. Erfüllungsaufwand für Verwaltung und Wirtschaft

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 1,4 Mio. Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 445 000 Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 4 Mio. Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 15,3 Mio. Euro, wobei ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 210 000 Euro nur für drei Jahre anfallen wird. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 372 000 Euro jährlich.

Der auf den Bundeshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand muss mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der jeweiligen Einzelpläne abgedeckt werden.

Für die Wirtschaft entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 377 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3,6 Mio. Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 2 Mio. Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 1 Mio. Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 24 000 Euro jährlich. Es werden drei Informationspflichten eingeführt (§§ 7b Absatz 4, 114 Absatz 1, 120 Absatz 3), die insgesamt zu einer Belastung in Höhe von rund 4 Mio. Euro führen (im Erfüllungsaufwand enthalten).

Im Folgenden werden die Schwerpunkte der Belastungen für Verwaltung und Wirtschaft dargestellt. Da viele Vorgaben sowohl die Pflegekassen (Verwaltung) als auch die privaten Versicherungsunternehmen (Wirtschaft) betreffen, wird innerhalb der Vorschrift zwischen Verwaltung und Wirtschaft differenziert. Im Anschluss daran werden in Tabellenform die weiteren Be- und Entlastungen zusammengefasst.

– § 7b Absatz 1 und 4 (Artikel 1, Nummer 3)

  Die Pflegekassen und die Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, haben unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen den Antragstellern entweder einen Beratungstermin anzubieten oder einen Beratungsgutschein auszustellen.

  Dadurch entsteht für die Pflegekassen ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 6,6 Mio. Euro. Dabei wird zugrunde gelegt, dass in der sozialen Pflegeversicherung

im Jahr 2010 rund 945 000 erstmalige Anträge auf Leistungen gestellt wurden. Die Information dürfte in der Regel durch die Übersendung eines Briefs (vermutlich vorgefertigtes Formular) der Pflegekasse an den Antragsteller erfolgen. Pro Fall werden ein zeitlicher Aufwand von maximal zehn Minuten bei Lohnkosten in Höhe von 32,60 Euro die Stunde sowie sonstige Kosten von 1,55 Euro zugrunde gelegt.

Für die privaten Versicherungsunternehmen entsteht ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 321 000 Euro. Dabei wird zugrunde gelegt, dass in der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahr 2010 56 700 erstmalige Anträge auf Leistungen gestellt wurden. Pro Fall werden ein zeitlicher Aufwand von zehn Minuten bei Lohnkosten in Höhe von 24,70 Euro die Stunde sowie sonstige Kosten von 1,55 Euro in Ansatz gebracht.

– § 7b Absatz 2 und 4 (Artikel 1, Nummer 3)

Die Pflegekassen haben allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen abzuschließen, die insbesondere die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungsperson sowie Haftungsfragen und die Vergütung regeln. Insgesamt entsteht dadurch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 366 000 Euro.

Es wird davon ausgegangen, dass die einzelnen Kassenarten jeweils für ihre Kassenart in den 16 Bundesländern Verträge schließen. Des Weiteren wird angenommen, dass auf Anbieterseite drei Organisationen einen Abschluss für die 16 Bundesländer beabsichtigen. Folgende Lohnkostensätze werden pro Stunde in Ansatz gebracht: 1,5 Personen mit einem Lohnkostensatz von 52,40 Euro, eine Person mit einem Lohnkostensatz von 32,60 Euro und eine Person mit einem Lohnkostensatz von 21,20 Euro. Für die Vorbereitung der Verhandlung, die Verhandlung sowie den Abschluss der Verträge werden drei Tage mit jeweils acht Stunden in Ansatz gebracht. Es ist davon auszugehen, dass nach Abschluss der ersten Verträge mit Musterverträgen gearbeitet werden kann. Der Aufwand dürfte sich somit nach Abschluss von 10 Prozent der Verträge auf ein Drittel verringern.

Für die Wirtschaft entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 323 000 Euro. Folgende Lohnkostensätze auf Anbieterseite werden pro Stunde in Ansatz gebracht: 1,5 Personen mit einem Lohnkostensatz von 46,20 Euro, eine Person mit einem Lohnkostensatz von 28,80 Euro und eine Person mit einem Lohnkostensatz von 18,70 Euro. Für die Vorbereitung der Verhandlung, die Verhandlung sowie den Abschluss der Verträge werden drei Tage mit jeweils acht Stunden in Ansatz gebracht. Auch hier ist davon auszugehen, dass nach Abschluss der ersten Verträge mit Musterverträgen gearbeitet werden kann. Der Aufwand dürfte sich somit nach Abschluss von 10 Prozent der Verträge auf ein Drittel verringern.

– § 18 Absatz 1 (Artikel 1, Nummer 4, Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc)

Insbesondere in Fällen drohender Fristüberschreitung hat die Pflegekasse die Möglichkeit, Gutachtenaufträge an andere unabhängige Gutachter zu vergeben. Dem Versicherten sind in der Regel drei Gutachter zu benennen. Dies wäre bei circa 42 000 Begutachtungen jährlich (10 Prozent von etwa 420 000 jährlichen Fristüberschreitungen) der Fall. Durch den Aufwand und die Abwicklung entstünde den Pflegekassen ein Erfüllungsaufwand von rund 332 000 Euro. Dabei werden ein Stundensatz von 35,40 Euro bei einem Zeitaufwand von zehn Minuten sowie Sachkosten von 2 Euro pro Fall zugrunde gelegt.

– § 18 Absatz 3 (Artikel 1, Nummer 4, Buchstabe c, Doppelbuchstabe ee)

Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von seinem Recht, das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu erhalten, Gebrauch machen will. Aufwand und Kosten werden auf die Fälle begrenzt, in denen die Übersendung gewünscht wird.

Jährlich werden rund 1,4 Millionen Begutachtungen auf Veranlassung der Pflegekassen durchgeführt. Bislang übersenden die Pflegekassen die Gutachten in der Regel bei allen Widersprüchen (rund 95 000 pro Jahr) an den Versicherten. Es wird erwartet, dass von der neuen Möglichkeit, das Gutachten zu erhalten, rund 913 500 Antragsteller Gebrauch machen werden. Danach beläuft sich der Erfüllungsaufwand auf rund 3,4 Mio. Euro, wobei eine Arbeitszeit von drei Minuten bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 35,40 Euro sowie Sachkosten von 2,00 Euro pro Gutachten in Ansatz gebracht werden.

Über § 23 Absatz 6 Nummer 1 gilt das Verfahren auch für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Jährlich werden hier rund 100 700 Begutachtungen durchgeführt. Bislang übersendet die private Pflege-Pflichtversicherung das Gutachten in der Regel bei allen Widersprüchen (rund 7 200 pro Jahr) an den Versicherten. Es wird erwartet, dass von der neuen Möglichkeit, das Gutachten zu erhalten, rund 65 000 Antragsteller Gebrauch machen werden. Danach beläuft sich der Erfüllungsaufwand auf rund 255 000 Euro, wobei eine Arbeitszeit von drei Minuten bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 38,40 Euro sowie Sachkosten von 2,00 Euro pro Gutachten in Ansatz gebracht werden.

– § 18 Absatz 3a (Artikel 1, Nummer 4, Buchstabe d)

Wird der schriftliche Bescheid über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen erteilt oder wird eine der verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, sind nach Fristablauf für jeden Tag Verzögerung 10 Euro an den Pflegebedürftigen zu zahlen. Bei maximal 30 Prozent aller Begutachtungen wird derzeit die Frist überschritten.

Dies betrifft von rund 1,4 Millionen Begutachtungen in der sozialen Pflegeversicherung etwa 420 000 Begutachtungen jährlich. Durch deren Überwachung und Abwicklung entstünde den Pflegekassen ein Erfüllungsaufwand von rund 3,7 Mio. Euro. Dabei werden ein Stundensatz von 35,40 Euro und ein Zeitaufwand von 15 Minuten pro Fall zugrunde gelegt. Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtkosten des Controllings mit Wirksamwerden der Maßnahme wesentlich geringer ausfallen und kontinuierlich reduziert werden.

Über § 23 Absatz 6 Nummer 1 gilt das Verfahren auch für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Betroffen sind hier von rund 100 700 Begutachtungen etwa 30 200 Begutachtungen jährlich. Der privaten Pflege-Pflichtversicherung entstünde für die Überwachung und Abwicklung dieser Fälle ein Erfüllungsaufwand von rund 290 000 Euro. Zugrunde gelegt werden ein Stundensatz von 38,40 Euro und ein Zeitaufwand von 15 Minuten pro Fall. Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtkosten des Controllings mit Wirksamwerden der Maßnahme wesentlich geringer ausfallen und kontinuierlich reduziert werden.

– § 18 Absatz 6 und § 18a Absatz 1
(Artikel 1, Nummer 4, Buchstabe g, Doppelbuchstabe cc, und Nummer 5)

Durch die Pflicht zur Zusendung der gesonderten Rehabilitationsempfehlung an alle rund 1,4 Millionen Antragsteller entsteht den Pflegekassen Mehraufwand. Es wird erwartet, dass diese Feststellung an rund 913 500 Antragsteller und rund 95 000 Antragsteller im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens zusammen mit dem Gutachten nach den Regelungen des § 18 Absatz 3 (siehe dort) versandt wird. An die verbleibenden rund 392 000 Antragsteller ist allein die Rehabilitationsempfehlung zu versenden, was zu einem Erfüllungsaufwand von jährlich rund 1,3 Mio. Euro führt. Dabei werden pro Fall eine Arbeitszeit von drei Minuten bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 35,40 Euro sowie Sachkosten von 1,55 Euro zugrunde gelegt.

Die Pflicht zur Zusendung der Rehabilitationsempfehlung an alle Antragsteller gilt über § 23 Absatz 6 Nummer 1 auch für die Versicherungsunternehmen im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Es wird erwartet, dass – bei rund 100 700 Antragstellern insgesamt – die Feststellung an rund 65 000 Antragsteller sowie an rund 7 200 Antragsteller im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens zusammen mit dem Gutachten nach den Regelungen des § 18 Absatz 3 (siehe dort) versandt wird. An die verbleibenden rund 28 000 Antragsteller ist allein die Rehabilitationsempfehlung zu versenden. Hierdurch entsteht ein Erfüllungsaufwand von jährlich rund 97 000 Euro, wobei pro Fall eine Arbeitszeit von drei Minuten bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 38,40 Euro sowie Sachkosten von 1,55 Euro zugrunde gelegt werden.

– § 120 Absatz 3 (Artikel 1, Nummer 47, Buchstabe b)

Die Verpflichtung der ambulanten Pflegeeinrichtungen zur Erstellung von Kostenübersichten bleibt erhalten. Durch die hinzukommende Gegenüberstellung der Kosten für Dienstleistungen, die nach Zeitaufwand und die unabhängig vom Zeitaufwand, zum Beispiel nach Leistungskomplexen, berechnet werden, entstehen Pflegediensten laufende Mehraufwendungen in Höhe von rund 3,6 Mio. Euro jährlich. Für die Anzahl der Kostenvoranschläge im Jahr werden folgende Zahlen zugrunde gelegt: Die Anzahl der Neuanträge für Leistungen der Pflegeversicherung mit erfolgter Einstufung (circa 180 000) und die Anzahl der Änderungsanträge mit erfolgter Änderung der Pflegestufe (circa 50 000), jeweils Empfänger von Sachleistung oder Kombinationsleistung, ergeben insgesamt circa 230 000 Kostenvoranschläge im Jahr. Der Mehraufwand beträgt je Kostenvoranschlag durchschnittlich 30 Minuten, wobei Lohnkosten in Höhe von 31,20 Euro die Stunde zugrunde gelegt werden.

– § 124 Absatz 4 (Artikel 1, Nummer 48)

Durch die Verpflichtung, entsprechend § 89 für häusliche Betreuungsleistungen Vergütungen zu vereinbaren, entsteht einmaliger Umstellungsaufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 2,1 Mio. Euro und bei den Trägern der Pflegedienste in Höhe von rund 1,3 Mio. Euro. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Erfahrungen aus den Vergütungsverhandlungen für den Bereich des „Poolens“ von Leistungen vorhanden sind.

Es wird von einer geschätzten Anzahl von rund 10 000 Vertragsverhandlungen ausgegangen (rund 80 Prozent von der Gesamtzahl der bundesweit zugelassenen Pflegedienste (circa 12 000 insgesamt) und den neuen Betreuungsdiensten nach § 125). Es wird ein Aufwand von zwei Stunden je Verhandlung veranschlagt.

Für die Verwaltung wird eine Anzahl von zwei verhandelnden Personen in Vertretung der Landesverbände der Pflegekassen und einer Person für den Träger der Sozialhilfe mit Lohnkosten in Höhe von durchschnittlich 35,40 Euro die Stunde zugrunde gelegt.

Für die Wirtschaft wird von einer Anzahl von zwei verhandelnden Personen in Vertretung der Einrichtung Lohnkosten in Höhe von 31,20 Euro die Stunde ausgegangen.

Weiterer Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft
A. Änderung bestehender Vorgaben

Lfd. Nr.	Vorschrift	Vorgabe / Informationspflicht	Aufwand pro Fall in Stunden, wenn nichts anderes angegeben ist	Fallzahl bzw. Adressat	Lohnkosten in Euro	Jährlicher Aufwand der **Verwaltung** in Euro (gerundet)	Einmaliger Aufwand der **Verwaltung** in Euro (gerundet) – sog. Umstellungsaufwand	Jährlicher Aufwand der **Wirtschaft** in Euro (gerundet)	Einmaliger Aufwand der **Wirtschaft** in Euro (gerundet) – sog. Umstellungsaufwand
1	§ 19 Satz 2 SGB XI (Artikel 1, Nummer 6)	Addition der Pflegezeiten (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	146 Pflegekassen	35,40		**310 000**		
				48 Versicherungsunternehmen	38,40				**111 000**
2	§ 37 Absatz 2 Satz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 11)	Verpflichtung, Pflegegeld während Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege hälftig fortzugewähren (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	146 Pflegekassen	35,40		**310 000**		
				48 Versicherungsunternehmen	38,40				**111 00**
3	§ 38 Satz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummer 12)	Verpflichtung, anteiliges Pflegegeld während Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege hälftig fortzugewähren (Umstellungsauf-	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	146 Pflegekassen	35,40		**310 000**		
				48 Versicherungsunternehmen	38,40				**111 000**

		wand)							
4	§ 55 SGB XI (Artikel 1, Nummer 24, Buchstabe a)	Beitragssatzerhöhung (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung),10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	146 Pflegekassen	35,40		**310 000**		
5	§ 71 Absatz 3 SGB XI (Artikel 1, Nummer 26, Buchstabe b)	Vereinfachung der Rahmenfrist				**geringfügige Entlastung**			
6	§ 87b Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 35, Buchstabe a)	Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für zusätzliche Betreuung (Umstellungsaufwand)	2 (2 Personen je 1 Stunde)	Geschätzt bei 1 800 Verhandlungen (circa 80 Prozent der zugelassenen teilstationären Pflegeeinrichtungen)	35,40		**130 000**		
7	§ 87b Absatz 3 SGB XI (Artikel 1, Nummer 35, Buchstabe c)	Anpassung der BetreuungskräfteRichtlinien im Hinblick auf den teilstationären Bereich	128 (2 Personen an 8 Arbeitstagen je 8 Stunden)	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	35,40		**5 000**		
8	§ 114 Absatz 3 SGB XI (Artikel 1, Nummer 42, Buchstabe b)	Erfragen und Auswerten von Prüfergebnissen	5 Minuten	10 400 vollstationäre Pflegeeinrichtungen	35,40	**31 000**			

9	§ 114a Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 43)	Ankündigung von Qualitätsprüfungen	10 Minuten	3 600 Prüfungen durch MDK	35,40	**21 000**			
			10 Minuten	400 Prüfungen durch Prüfdienst der PKV	38,40			**2 600**	
10	§ 115 Absatz 1a SGB XI (Artikel 1, Nummer 44)	Sicherstellen durch Landesverbände der Pflegekassen, dass Informationen veröffentlicht werden	10 Minuten	10 400 vollstationäre Pflegeeinrichtungen	35,40	**61 000**			
11	§ 124 Absatz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummer 48)	Anpassung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 (Umstellungsaufwand)	48 (6 Personen je 8 Stunden)	16 Bundesländer	35,40		**27 000**		
			88 (11 Personen je 8 Stunden)		31,20				**44 000**
12	§ 119b Absatz 1 SGB V (Artikel 2, Nummer 6, Buchstabe a)	Vermittlung von Kooperationsverträgen					**geringfügiger Mehraufwand**		
B. Einführung neuer Vorgaben									
1	§ 18a Absatz 2 und 3 SGB XI (Artikel 1, Nummer 5)	Jährlicher Bericht der Pflegekassen (von 2013 bis 2015)	40 (5 Arbeitstage je 8 Stunden)	146 Kranken- und Pflegekassen	35,40	**207 000** (jährlich von 2013 bis 2015)			
			80 (10 Arbeitstage je 8 Stunden)	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	35,40	**2 800 (jährlich von 2013**			

						bis 2015)			
2	§ 18b SGB XI (Artikel 1, Nummer 5)	Erlassen von Richtlinien durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen	208 (2 Personen an 13 Arbeitstagen je 8 Stunden)	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	35,40		**13 000**		
			160 (2 Personen an 10 Arbeitstagen je 8 Stunden)	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen					
3	§ 38a SGB XI (Artikel 1, Nummer 13)	Einführung eines pauschalen Zuschlags für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	146 Pflegekassen	35,40		**310 000**		
				48 Versicherungsunterneh men	38,40				**111 000**
3a	§ 38a SGB XI (Artikel 1, Nummer 13)	Durchführung des Verfahrens	18 Minuten	10 000 Fälle bei den Pflegekassen	35,40	**106 000**			
			18 Minuten	600 Fälle bei den Versicherungsunterneh men	38,40			**7 000**	
4	§ 45d SGB XI (Artikel 1, Nummer 18)	Schaffen eines eigenen Budgets für die Selbsthilfe (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	146 Pflegekassen	35,40		**310 000**		
				48 Versicherungsunterneh men	38,40				**111 000**

			40 (5 Arbeitstage je 8 Stunden)	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	35,40		**1 500**		
			40 (5 Arbeitstage je 8 Stunden)	Bundesversicherungsamt	35,40		**1 500**		
5	§ 45e Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 19)	Anschubfinanzierung (Implementierung)	26	146 Pflegekassen	32,60 bis 52,40		**151 000**		
			40	48 Versicherungsunternehmen	38,40				**74 000**
		Sonstige Umstellung		Bundesversicherungsamt, Spitzenverband Bund der Pflegekassen			**unter 5 000**		
5a	§ 45e Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 19)	Durchführung	18 Minuten	12 000 Anträge	32,60		**136 000**		
			18 Minuten	700 Anträge	38,40				**9 000**
6	§ 53b SGB XI (Artikel 1, Nummer 23)	Erlass von Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern	240 (2 Personen an 15 Arbeitstagen je 8 Stunden)	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	35,40		**8 500**		
7	§ 114 Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 42,	Mitteilungspflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen	5 Minuten	10 400 vollstationäre Pflegeeinrichtungen	31,20			**27 000**	

	Buchstabe a)								
8	§ 123 SGB XI (Artikel 1, Nummer 48)	Weitere Ansprüche auf Pflegeleistung (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	146 Pflegekassen	35,40		**310 000**		
				48 Versicherungsunternehmen	38,40				**111 000**
9	§ 87 Absatz 2j SGB V (Artikel 2, Nummer 3)	Beschluss einer zusätzlichen Leistung durch Bewertungsausschuss				**unter 10 000**			
10	§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V (Artikel 2, Nummer 4)	Vereinbaren von Zuschlägen	160 (Vereinbarung), 97,5 (Schiedsverfahren)	17 (Vereinbarung), unter Umständen 8 (Schiedsverfahren)	52,40		**207 000**		
11	§ 119b Absatz 2 SGB V (Artikel 2, Nummer 6, Buchstabe b)	Vereinbaren von Anforderungen an die Versorgung	288 (Vereinbarung), 130 (Schiedsverfahren)	Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigungen, Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie weitere Beteiligte im Schiedsverfahren	52,40		**39 000**		
		Herstellen des Benehmens							**unter 5 000**

C. Abschaffung bestehender Vorgaben									
1	§ 40 Absatz 4 Satz 2 SGB XI (Artikel 1, Nummer 14)	Wegfall des Einkommensnachweises	9 Minuten	70 000	35,40	**372 000**			
			9 Minuten	4 200	38,40			**24 000**	
2	§ 78 Absatz 2 SGB XI (Artikel 1, Nummer 29)	Wegfall des Regelungsauftrags für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen					**geringfügige Entlastung**		

VII. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der Pflegebedürftigen zur sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen Finanzwirkungen, die rund 3 Prozent der Finanzwirkungen für die soziale Pflegeversicherung entsprechen. Hinzu kommt die Beteiligung an der Selbsthilfeförderung von 10 Cent je Versicherten, was zu weiteren Mehrausgaben von rund 1 Mio. Euro führt. Für das Jahr 2012 ergeben sich damit Mehraufwendungen von rund 2,5 Mio. Euro und für das Jahr 2013 von rund 30 Mio. Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 325 Mio. Euro im Jahr 2013 und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau werden nicht erwartet.

VIII. Nachhaltigkeit

Der Gesetzentwurf führt die notwendigen Reformen in der Pflegeversicherung zur Sicherstellung einer zukunftsfesten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung fort und reagiert mit geeigneten Maßnahmen auf die demografischen Herausforderungen der Zukunft.

Mit einem Bündel von Maßnahmen werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass den Bürgerinnen und Bürgern auch in Zukunft eine hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe pflegerische Versorgung und Betreuung zur Verfügung steht, die modernen Ansprüchen genügt.

Dem genannten Ziel dienen insbesondere die Maßnahmen zur Flexibilisierung des Leistungs- und Vertragsrechts in der Pflegeversicherung sowie die Regelungen, die darauf ausgerichtet sind, die pflegerische Versorgung in der häuslichen Umgebung durch Angehörige und Freunde zu stabilisieren und zu stärken, etwa durch die gezielte Förderung neuer Wohnformen.

Darüber hinaus erfolgt mit dem Gesetzentwurf der Einstieg in die Öffnung der Leistungen der Pflegeversicherung für demenziell Erkrankte. Dies stellt einen wesentlichen Schritt zur besseren Berücksichtigung dieser Personengruppe im Leistungssystem der Pflegeversicherung dar und ist angesichts des zu erwartenden Anstiegs der Zahl demenziell Erkrankter ein maßgeblicher Beitrag zur Nachhaltigkeit in der Versorgung der Menschen.

Parallel zu den Maßnahmen für eine verbesserte und zukunftsfeste Versorgung ist für das Finanzierungssystem der Pflegeversicherung eine zusätzliche, steuerlich geförderte private Eigenvorsorge geplant. Dies bedarf noch einer gesetzlichen Regelung. Damit wird der notwendige Einstieg in eine nachhaltigere Finanzierung der Pflegeleistungen vollzogen.

Der Gesetzentwurf entspricht damit insbesondere auch den Managementregeln 1 (Vorsorge für absehbare Belastungen treffen) und 9 (notwendige Anpassungen an den demografischen Wandel frühzeitig vornehmen) der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie.

IX. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung ist ein besonders hoher Anteil von Frauen unter den Pflegebedürftigen festzustellen. Daher sind Frauen von Neuregelungen in der Pflegeversicherung stärker betroffen als Männer. Die folgenden Angaben zu Art und Ausmaß der gleichstellungspolitischen Relevanz beruhen auf der Geschäftsstatistik der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung zum Jahresende 2010.

Pflegebedürftige Leistungsempfänger nach dem Elften Buch:

Pflegebedürftige gesamt	2,43 Millionen Personen
davon Frauen	1,58 Millionen (65 Prozent)
häuslich versorgte Pflegebedürftige	1,68 Millionen Personen
davon Frauen	1,03 Millionen (61 Prozent)
stationär versorgte Pflegebedürftige	0,75 Millionen Personen
davon Frauen	0,55 Millionen (73 Prozent)

Auch die Pflegenden sind überwiegend Frauen. Bei ambulanten Pflegediensten sind 88 Prozent der Beschäftigten Frauen und bei stationären Pflegeeinrichtungen 85 Prozent. Von den pflegenden Angehörigen sind nach den Ergebnissen der im Jahr 2011 veröffentlichten Infratest-Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ 72 Prozent Frauen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die neuen und an die geänderten Regelungen angepasst wird.

Zu Nummer 2 (§ 7)

Die Rechte der Pflegebedürftigen auf eine umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen sollen gestärkt werden. Hierzu gehört auch die Pflicht der Pflegekassen, die Versicherten im Rahmen der Beratung darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters haben. Gleiches gilt für die gesonderte Rehabilitationsempfehlung.

Zu Nummer 3 (§ 7b – neu)

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Beratung pflegebedürftiger Menschen mit der Einführung eines Case- und Care-Managements auf eine neue rechtliche

Grundlage gestellt. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem der Beratungsanspruch nach § 7a mit dem Ziel geschaffen, sowohl eine frühzeitig einsetzende Beratung als auch eine dauerhafte Begleitung im Sinne eines Fallmanagements zu gewährleisten.

Inzwischen gibt es ernstzunehmende Hinweise, dass die Betroffenen trotz der Neuregelungen nicht hinreichend über die Beratungsmöglichkeiten informiert werden und insbesondere eine frühzeitige Beratung nicht in dem Maße gewährleistet wird, wie es erforderlich ist (vergleiche unter anderem den Bericht des GKV-Spitzenverbandes „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Absatz 7 Satz 1 SGB XI“ von Juli 2011 sowie die Infratest-Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, ebenfalls aus dem Jahr 2011). Dies ist der Hintergrund für das verpflichtende Angebot zur frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen durch die Pflegekasse selbst oder alternativ durch eine von ihr benannte Beratungsstelle mittels Beratungsgutschein.

Zu Absatz 1

Die Regelung ändert nicht die ohnehin bestehenden Verpflichtungen aus den §§ 7 und 7a, sondern dient der besseren Anwendung und Umsetzung dieser Vorschriften. Sie zielt darauf ab, die Pflegekassen verbindlich und nachweisbar zu verpflichten, frühzeitig Beratungstermine für Antragsteller über Leistungen nach diesem Buch anzubieten und durchzuführen. Sie soll dazu führen, dass die Betroffenen von den Beratungsmöglichkeiten ihrer Pflegekasse Kenntnis erhalten und von ihnen in stärkerem Maße als bisher Gebrauch machen.

Künftig hat die Pflegekasse im Interesse einer frühzeitig einsetzenden Beratung unmittelbar nach erstmaligem Antragseingang einen Beratungstermin anzubieten, der grundsätzlich innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Im Interesse der zugehenden Beratung muss von der Pflegekasse ein Beratungstermin angeboten werden, der auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der er lebt (siehe § 7a Absatz 2 Satz 1), stattzufinden hat; hierüber ist der Versicherte aufzuklären. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen kann der Beratungstermin auch nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist durchgeführt werden, worüber er ebenfalls aufzuklären ist. In jedem Fall sind von der Pflegekasse ein Ansprechpartner und dessen Kontaktdaten anzugeben, um dem Antragsteller die Inanspruchnahme einer Beratung zu erleichtern. Dies muss nicht die spätere Beratungsperson sein.

Bereits im geltenden Recht besteht die Möglichkeit, die Beratung durch Dritte wahrnehmen zu lassen. Hieran knüpft die Regelung über die Ausstellung eines Beratungsgutscheins für den Fall an, dass die Pflegekasse die Beratung in der gesetzten Zeit nicht selbst durchführt. Sie soll es den Betroffenen ermöglichen, Beratung bei Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen, die von der Kasse in dem Gutschein zu benennen sind. Auch bei einer Beratung durch Beratungsstellen auf der Grundlage eines Beratungsgutscheins ist, wie bei der Beratung durch die Pflegekasse selbst, sicherzustellen, dass die Beratung in der häuslichen Umgebung des Antragstellers oder in der Einrichtung, in der er lebt, innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang erfolgen kann. Auch hier gilt, dass die Beratung auf Wunsch des Betroffenen später durchgeführt werden kann.

Zu Absatz 2

Die Beratung der Versicherten ist eine Pflicht der Pflegekasse. Sie hat deshalb die Verantwortung dafür, dass auch eine Beratung durch Dritte den Anforderungen der §§ 7 und 7a genügt. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung der Beratung als auch hinsichtlich der Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Hierzu hat die Pflegekasse allein oder gemeinsam mit weiteren Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit Beratungsstellen abzuschließen. Die Vereinbarungen haben neben den Anforderungen an die Beratung und die Qualifikation der Berater auch die Vergütung sowie Haftungsfragen zu regeln. Bei Letzteren geht es um die Verantwortlichkeit für fehlerhafte Beratung im Innenverhältnis zwischen Pflegekasse und Beratungsstelle; im Außenverhältnis zum ratsuchenden Antragsteller bleibt allein die Pflegekasse verantwortlich. Die Kosten der Beratungsleistung durch Dritte gehen in den Fällen, in denen Dritte über den Beratungsgutschein in Anspruch genommen werden, zu Lasten der Pflegekasse und nicht zu Lasten der ratsuchenden Antragsteller; die Kostentragung richtet sich nach denselben Grundsätzen, die für die Beratungsleistung nach § 7 oder § 7a gelten.

Zu gewährleisten ist, dass die Beratungsstellen ihre Aufgaben neutral und unabhängig wahrnehmen. Dies wird dadurch abgesichert, dass sich auch die Beratung durch Dritte nach den Anforderungen der §§ 7 und 7a richten muss. In der Gesetzesbegründung zu § 7a wird ausgeführt, dass die Pflegeberatung unabhängig wahrzunehmen ist. Weiter heißt es dort: „Die Beratung hat nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umfassend und individuell zu sein (vergleiche die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 29. Januar 1981, Az.: 12 RK 19/80). Flankiert wird diese Pflicht durch den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch, der etwa bei fehlerhaften Auskünften darauf gerichtet ist zu gewährleisten, dass den Berechtigten die Leistungen zukommen, auf die sie einen gesetzlichen Anspruch haben. Zur Ausführung der Sozialleistungen verpflichtet § 17 des Ersten Buches die Leistungsträger zudem darauf hinzuwirken, dass die Leistungen unter anderem zügig und umfassend zur Verfügung gestellt werden. Außerdem ist auf § 20 Absatz 2 des Zehnten Buches hinzuweisen, wonach unter anderem bei der Vorbereitung von Leistungsbescheiden alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen sind, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände. Auch dies sorgt mit dafür, dass die Pflegeberatung nicht einseitig interessengebunden, sondern neutral durchgeführt wird und die Interessen der Betroffenen gewahrt werden.“

Als Beratungsstellen kommen natürliche und juristische Personen in Betracht. Die Vorschrift trägt nicht dazu bei, dass unnötige Doppelstrukturen aufgebaut werden, weil sie an das geltende Recht anknüpft, das bereits in § 7a die Einbindung von Dritten ermöglicht. Insbesondere in entsprechender Auslegung der Regelungen in § 7a Absatz 1 und dem darin postulierten Ziel einer koordinierten Aufgabenwahrnehmung wirken die Pflegekassen – soweit erforderlich – unter anderem mit den Trägern der Sozialhilfe und den Gemeinden zusammen, um eine ortsnahe, aufeinander bezogene Beratungsinfrastruktur sicherzustellen.

Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegekassen das Entstehen von unnötigen Doppelstrukturen vermeiden können, indem sie, wie vom Gesetzgeber in § 7a beabsich-

tigt, die Beratung primär selber durchführen und insofern nur alternativ Beratungsgutscheine ausgeben. Dabei sind Pflegestützpunkte gemäß § 92c keine Dritten im Sinne dieser Vorschrift, weil die Beratung dort unter Beteiligung der Pflegekassen und idealerweise auch unter Beteiligung kommunaler Träger erfolgt.

Zu Absatz 3

Die Regelung enthält die erforderliche datenschutzrechtliche Befugnis für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten durch Stellen, mit denen die Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen über die Erbringung von Beratungsleistungen geschlossen haben.

Zu Absatz 4

Die Regelung des § 7a erstreckt sich ausdrücklich auch auf private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Verpflichtung nach Absatz 2, vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen abzuschließen, besteht für private Versicherungsunternehmen nur dann, wenn sich die Versicherung dazu entscheidet, die Beratungsleistung nicht vollständig selbst zu erbringen.

Zu Nummer 4 (§ 18)

Das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird durch die Änderungen in § 18 insgesamt so gestaltet, dass es den Interessen und Ansprüchen der Antragsteller hinsichtlich einer zügigen Bescheiderteilung und einer umfassenden Information besser gerecht wird. Hierzu wird

- den Pflegekassen die Möglichkeit zur Beauftragung anderer Gutachter eingeräumt,
- den Pflegekassen die Pflicht zur Leistung einer Zusatzzahlung auferlegt, wenn sie die gesetzliche Frist zur Erteilung eines Bescheides nicht einhalten,
- das Recht der Antragsteller auf die gleichzeitige Zusendung der Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder der anderen Gutachter verankert und
- die Erstellung und regelhafte Zusendung einer eigenständigen Rehabilitationsempfehlung an den Antragsteller (§ 18 in Verbindung mit § 18a) normiert.

Im Einzelnen sind die Änderungen wie folgt begründet:

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Bisher sind die Pflegekassen verpflichtet, die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen. Die Medizinischen Dienste können ihrerseits freie Gutachter beauftragen, was in unterschiedlichem Maße geschieht.

Die zuständige Pflegekasse hat nunmehr verpflichtend den Auftrag, dem Pflegebedürftigen spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit schriftlich mitzuteilen (siehe unter Buchstabe c Doppelbuchstabe bb). Bei Vorliegen besonderer Umstände gelten zudem verkürzte Fristen für die Begutachtung und die Pflegekasse hat dem Antragsteller die Entscheidung unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

Noch immer gibt es Fälle von Fristüberschreitungen zum Nachteil der Antragsteller. Damit die Pflegekasse bessere Möglichkeiten hat, innerhalb der gesetzlich verankerten Frist ihre Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu treffen und dem Betroffenen mitzuteilen, sollen Gutachtenaufträge durch die Pflegekassen zukünftig insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitung nicht mehr nur an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, sondern daneben unmittelbar auch an andere unabhängige Gutachter vergeben werden können. Die Pflegekassen können damit auch flexibler auf Engpässe im Begutachtungsgeschehen reagieren.

Gleichzeitig wird in § 53b eine Richtlinienkompetenz für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Regelung der Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den anderen Gutachtern geschaffen, in der unter anderem die Qualifikationsanforderungen an die von den Pflegekassen beauftragten Gutachter und die Qualitätssicherung ihrer Tätigkeit zu regeln sind.

Zu Doppelbuchstabe cc

Für die Akzeptanz des Gutachters ist die Transparenz des Auswahlverfahrens ein wichtiges Kriterium. Liegt die Auswahlentscheidung allein bei der Pflegekasse, ist für die Versicherten, die Angehörigen und gegebenenfalls die Betreuer nicht ohne Weiteres erkennbar, aufgrund welcher Kriterien die Wahl auf den konkreten Gutachter gefallen ist. In Anlehnung an Regelungen in anderen Bereichen der Sozialgesetzgebung – zum Beispiel Gutachterauftrag eines Unfallversicherungsträgers nach § 200 Absatz 2 des Siebten Buches und Hinzuziehung eines Sachverständigen zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs gemäß § 14 Absatz 5 Satz 3 und 4 des Neunten Buches – wird dem Versicherten im Hinblick auf den Gutachter ein Wahlrecht eingeräumt. Es wird festgelegt, dass dem Versicherten in der Regel drei Gutachter, auf deren Qualifikation und Unabhängigkeit hinzuweisen ist, zur Auswahl zu benennen sind. Hat sich der Antragsteller für einen der benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Ist innerhalb einer Woche bei der Pflegekasse keine Auswahlentscheidung des Antragstellers eingegangen, bestimmt die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste.

Der Antragsteller kann nach § 76 Absatz 2 des Zehnten Buches der Übermittlung seiner Daten an einen Gutachter widersprechen. Widerspricht er, dürfen die Sozialdaten nicht übermittelt werden. Allerdings bleiben die §§ 60 bis 66 des Ersten Buches unberührt, das heißt, dem Betroffenen können durch seinen Widerspruch unter Umständen Nachteile entstehen.

Die Unabhängigkeit des Gutachters ist für die Akzeptanz durch den Antragsteller wichtig, gerade bei einem direkten Auftragsverhältnis zwischen dessen Pflegekasse und dem Gutachter. Daher wird ausdrücklich geregelt, dass die Gutachter bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben unabhängig und nur ihrem Gewissen unterworfen sind. Dazu sind sie durch ihre Qualifikation befähigt. Die Qualifikationsanforderungen an die von den Pflegekassen beauftrag-

ten Gutachter und die Qualitätssicherung ihrer Tätigkeit werden durch die Richtlinie nach § 53b geregelt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die zuständige Pflegekasse hat nunmehr verpflichtend den Auftrag, dem Pflegebedürftigen spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit schriftlich mitzuteilen.

Zu den Doppelbuchstaben cc und dd

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe ee

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll transparenter und nachvollziehbarer gemacht werden, damit die Antragsteller auf der Basis der Informationen der Pflegekasse ihre Ansprüche besser und zielgerichteter wahrnehmen können. Dabei kann für viele Antragsteller auch die Kenntnis des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sein, welches durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes oder den von der Pflegekasse beauftragten anderen unabhängigen Gutachter erstellt wurde. Normiert wird daher, dass der Antragsteller ein Recht darauf hat, mit dem Bescheid der Pflegekasse, der das Verwaltungsverfahren beendet, auch das Gutachten zu erhalten, wenn er sich für eine Zusendung entschieden hat. Bereits bei der Begutachtung ist daher zu erfassen, ob der Antragsteller von seinem Recht Gebrauch machen will. Der bürokratische Aufwand wird damit auf die Fälle begrenzt, in denen die Übersendung gewünscht ist. Zur Klarstellung wird zudem geregelt, dass der Antragsteller die Übermittlung des Gutachtens weiterhin auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen kann.

Zu Buchstabe d

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen schnelle und unbürokratische Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können. Die gesetzlichen Fristen zur Bescheiderteilung werden jedoch nicht immer eingehalten.

Gemäß § 88 des Sozialgerichtsgesetzes kann der Antragsteller erst nach Ablauf von sechs Monaten seit dem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung Klage vor dem Sozialgericht erheben. Antragsteller, die nicht fristgerecht beschieden werden, auf diesen Weg zu verweisen, wird der akuten Notlage, in der sie und ihre Angehörigen sich befinden, nicht gerecht. Um die Situation der Antragsteller zu verbessern und um die Pflegekassen dazu anzuhalten, die Bescheide fristgerecht zu erteilen, werden die Pflegekassen bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung verpflichtet, eine pauschale Zusatzzahlung zu leisten.

Wenn die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen erteilt, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jeden Tag Verzögerung 10 Euro an den Pflegebedürftigen zu zahlen. Dies gilt auch, wenn die Fristen für die Begutachtung wegen besonderer Umstände gemäß Absatz 3 verkürzt sind. Eine Verpflichtung zu Zusatzzahlungen ist nicht angemessen und besteht daher nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Eine Verpflichtung zur Zusatzzahlung besteht ebenfalls nicht, wenn sich der Antragsteller auf Dauer in vollstationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. In diesen Fällen entstehen durch die Verzögerung keine Nachteile, denn die Versicherten werden in vollstationären Pflegeeinrichtungen unabhängig von der Pflegestufe umfassend gepflegt.

Die Regelungen gelten entsprechend für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Die Kosten für die pauschale Zusatzzahlung sind aus den Verwaltungskosten zu tragen. Dies ist in § 46 Absatz 3 geregelt.

Zu den Buchstaben e und f

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe g

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Rehabilitationsmaßnahmen können gerade auch für Pflegebedürftige von großer Bedeutung sein. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ soll in seiner praktischen Durchsetzung gestärkt werden, ebenso wie die Möglichkeiten des Einzelnen, davon Gebrauch zu machen. Dazu wird geregelt, dass die Feststellungen, die der Medizinische Dienst zur Durchführung oder Ablehnung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation auf Grundlage und im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit bereits nach geltendem Recht trifft, nunmehr in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung eigenständig zu dokumentieren sind. Die Rehabilitationsempfehlung ist dem Pflegebedürftigen zu übermitteln (§ 18a Absatz 1).

Zu Buchstabe h

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 5 (§§ 18a – neu – und 18b – neu)

Zu § 18a (neu)

Die Regelung dient zum Einen dazu, die Rechte der Pflegebedürftigen auf umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen zu stärken, damit sie ihre Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besser wahrnehmen können. Zum Anderen werden Berichtspflichten für die Pflegekassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegt, um auf der Grundlage gesicherter

Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ gezielt fördern zu können.

Zu Absatz 1

Die Informationspflicht der Pflegekasse hinsichtlich empfohlener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird in Absatz 1 konkretisiert und unmittelbar an die Mitteilung über die Entscheidung der Pflegekasse zu dem Antrag gebunden. Der Zeitpunkt der Mitteilung über die Leistungsentscheidung der Pflegekasse stellt dabei den spätest möglichen Zeitpunkt dar, um über empfohlene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu informieren.

Der Versicherte ist gleichzeitig darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern er in dieses Verfahren einwilligt. Dadurch werden die in § 14 des Neunten Buches geregelten Entscheidungsfristen (drei Wochen, da in der Regel der zuständige Rehabilitationsträger bekannt und eine weitere Begutachtung nicht erforderlich ist) in Gang gesetzt und dementsprechend zügig und transparent über den Anspruch und die Leistungserbringung entschieden. Die Pflegekassen prüfen in einem angemessenen zeitlichen Abstand – grundsätzlich nach drei Wochen –, ob über den Anspruch und die Leistungserbringung entschieden wurde oder ob bereits Leistungen der Rehabilitation durchgeführt worden sind. Sofern der zuständige Rehabilitationsträger nicht spätestens vier Wochen nach Antragstellung tätig geworden ist, hat die Pflegekasse vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen, soweit diese Leistungen erforderlich sind.

Die Neuregelung in § 18a normiert anders als § 31 Absatz 3 eine umfassende Informationspflicht der Pflegekassen gegenüber dem Antragsteller. Sie umfasst nicht nur die Fälle, in denen eine positive Rehabilitationsprognose besteht oder Therapiemaßnahmen empfohlen werden, sondern auch die Fälle, in denen keine Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen werden. Das Begutachtungsverfahren wird auf diese Weise für den Versicherten auch im Hinblick auf diese Rehabilitationsaspekte transparent. Gleichzeitig zielt die Regelung darauf ab, dass den Feststellungen zur Rehabilitation im Begutachtungsverfahren mehr Beachtung zukommt, wenn auch ein negatives Ergebnis dem Antragsteller darzulegen ist.

Grundlage der Information des Antragstellers sind die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gemäß § 18 Absatz 6 Satz 3 dokumentierten Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation – Rehabilitationsempfehlung. Die Pflegekasse hat dem Antragsteller die Feststellungen des Medizinischen Dienstes zu erläutern. Dazu gehört die Information darüber, ob und welche Leistungen der Rehabilitation nach den Empfehlungen des Medizinischen Dienstes erfolgversprechend und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Die Pflegekasse hat darauf zu achten, dass die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vollständig ist und den Versicherten darüber informiert, ob

1. Empfehlungen für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen werden. Dabei ist das gesamte Spektrum möglicher Leistungsformen (stationäre, ambulante, mobile Rehabilitation, geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation) zu beachten. Die Empfehlungen sind dem Antragsteller auch dann mitzuteilen, wenn er bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erklärt hat, dass er die Empfehlungen derzeit nicht aufgreifen möchte. Er erhält dadurch die Möglichkeit, sich noch einmal mit dieser Frage auseinanderzusetzen;
2. keine Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ausgesprochen wird, weil kurative (zum Beispiel Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln), ausschließlich pflegerische (aktivierende Pflege) oder andere Maßnahmen (Krankenhausbehandlung) vorzuziehen oder derzeit ausreichend sind. Es ist dabei insbesondere anzugeben, ob beziehungsweise inwieweit
   - keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar waren,
   - die Fortführung möglicher laufender Therapiemaßnahmen für ausreichend gehalten wird,
   - die Wirkung einer abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme abgewartet werden sollte oder
   - andere Gründe vorliegen.

Die Pflegekasse hat den Pflegebedürftigen auch über andere ihr vorliegende Informationen bezüglich der Notwendigkeit von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation zu informieren.

Die Einfügung des § 18a korrespondiert mit der Stärkung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Vor dem Hintergrund der umfassenden, konkreten und begründeten Information des Versicherten gehört es zu den Aufgaben der Pflegeberatung, für die Umsetzung angezeigter Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation mit allen an der Versorgung beteiligten Stellen – hierzu gehören vor allem auch die zuständigen Rehabilitationsträger – ein Angebot zu entwickeln, das auf die individuelle Unterstützung des Pflegebedürftigen zugeschnitten ist und die Inanspruchnahme dieses Angebots zu begleiten. Die Pflegekasse hat daher dem Antragsteller auch zu erläutern, welche konkreten Schritte zur Einleitung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind.

Das Verfahren ist auch bei Begutachtungen von Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung anzuwenden.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird den Pflegekassen eine detaillierte Berichtspflicht aufgegeben: Die Pflegekassen berichten für die Jahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation. Der Bericht soll insbesondere folgende Informationen enthalten:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,

2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,
3. die Anzahl der genehmigten und abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger sowie die Anzahl der Widersprüche und
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Dieser Bericht ermöglicht auch Aussagen über das Rehabilitationspotenzial von Pflegebedürftigen und von Personen, denen Pflegebedürftigkeit droht.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt das Verfahren der Berichterstellung. Die Meldung durch die Pflegekassen an den Spitzenverband der Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des Jahres, das dem Berichtsjahr folgt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des Jahres, das auf das Berichtsjahr folgt, an das Bundesministerium für Gesundheit weiter.

Zu § 18b (neu)

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bedeutet für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine große Belastung. Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, sollen durch das notwendige Begutachtungsverfahren daher so wenig wie möglich zusätzlich belastet werden. Um dies zu gewährleisten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, bis zum 31. März 2013 Richtlinien über die Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste bei der Begutachtung zu erlassen.

Es werden folgende Themenkomplexe vorgegeben, die in den Richtlinien zwingend zu regeln sind, um die Servicefreundlichkeit und Dienstleistungsorientierung zu erhöhen:

Für alle Gutachter, die unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste Begutachtungen durchführen, und für die anderen Mitarbeiter der Medizinischen Dienste ist ein „Verhaltenskodex“ aufzustellen, der sie zu einem respektvollen Verhalten gegenüber den Versicherten und deren Angehörigen verpflichtet. Wenn ein Medizinischer Dienst externe Kräfte bei der Erstellung des Gutachtens beteiligt, hat er über die Auftragsgestaltung sicherzustellen, dass der Verhaltenskodex auch für den externen Gutachter Verbindlichkeit erlangt.

Für den Versicherten ist von grundlegender Bedeutung, dass seine Lebenssituation im Begutachtungsverfahren angemessen berücksichtigt wird und dass er über das Begutachtungsverfahren, seinen Ablauf und seine Rechtsgrundlagen kompetent und umfassend informiert wird. Daraus resultiert die Verpflichtung der Medizinischen Dienste zur umfassenden und individuellen Aufklärung und Beratung.

Bereits mit der Ankündigung des Begutachtungstermins vom Medizinischen Dienst sollten dem Versicherten insbesondere folgende Informationen gegeben werden:

- Kurzvorstellung des Medizinischen Dienstes und in wessen Auftrag die Pflegebegutachtung erfolgt,
- Grund und Art der Begutachtung (wie zum Beispiel Auftrag der Pflegekasse wie Wiederholungsbegutachtung, Prüfung der Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit oder möglicher Maßnahmen zur Rehabilitation),
- Name des Gutachters, der die Begutachtung durchführt,
- Datum und vorgesehene Uhrzeit (Zeitfenster von maximal zwei Stunden),
- voraussichtliche Dauer der Begutachtung,
- erforderliche Anwesenheit der überwiegend pflegenden Pflegeperson,
- gegebenenfalls Information des Betreuers über den angekündigten Begutachtungstermin.

Ferner sollte mitgeteilt werden, welche Unterlagen für die Begutachtung sinnvollerweise benötigt werden.

Eine umfassende Dienstleistungsorientierung und Servicefreundlichkeit berücksichtigen auch die Belange von Menschen mit Migrationshintergrund. Dies bedeutet zum Beispiel, dass der Medizinische Dienst dafür Sorge zu tragen hat, dass die Ankündigung zur Begutachtung und die weiteren Informationen bei Bedarf auch in einer Fremdsprache erfolgen, die der Adressat beherrscht.

Zudem soll im Rahmen der Begutachtung auf eingeschränkte Verständigungsmöglichkeiten, etwa aufgrund einer Hörbehinderung, eingegangen werden und der Versicherte soll auf seine Rechte, etwa zur Verwendung der Gebärdensprache (siehe § 17 Absatz 2 des Ersten Buches), hingewiesen werden.

Bestandteil einer guten Dienstleistungsorientierung ist weiterhin, dass regelhaft Versichertenbefragungen zum Ablauf der Begutachtung durchgeführt werden, um Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Bei aller Qualifikation und ständigen Fortbildung ist es nicht auszuschließen, dass es zu Konflikten zwischen dem Versicherten und den Gutachtern, zum Beispiel bei der Herleitung des Pflegebedarfs oder im Hinblick auf das persönliche Auftreten des Gutachters, kommen kann. Im Interesse der Versicherten ist ein Beschwerdemanagement verpflichtend einzuführen, damit Vorwürfen, die den Begutachtungsablauf und/oder das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste betreffen, qualifiziert nachgegangen werden kann. Dabei sollen bestehende Verfahren des internen Qualitätsmanagements der Medizinischen Dienste genutzt und ausgebaut werden.

Diese Richtlinien sind für alle Medizinischen Dienste verbindlich und stellen deshalb ein geeignetes Instrument dar, mehr Transparenz und Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsgeschehen zu schaffen. Die Richtlinien nach § 53b über die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern dienen dazu, die Einheitlichkeit der Begutachtung bei der Beauftragung anderer Gutachter durch die Pflegekassen sicherzustellen, sie regeln insbesondere auch die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren.

Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen.

Die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind nach Maßgabe des § 118 zu beteiligen. Ihre Expertise und Sichtweise ist

von zentraler Bedeutung, da das Ziel der Richtlinien eine verbesserte Dienstleistungsorientierung und Servicefreundlichkeit im Begutachtungsverfahren ist.

Im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten gelten die Vorgaben auch für die Begutachtungsverfahren der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Zu Nummer 6 (§ 19)

Die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung zu Gunsten einer Pflegeperson setzt voraus, dass diese den Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt. Der wöchentliche Mindestumfang von 14 Stunden Pflege musste bisher für einen Pflegebedürftigen erreicht werden. Die Änderung erlaubt ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen. Dadurch werden Pflegepersonen in die Rentenversicherung mit einbezogen, die zum Beispiel zwei behinderte Kinder im Umfang von jeweils unter 14 Stunden wöchentlich, aber insgesamt über 14 Stunden wöchentlich pflegen.

Die Regelung gilt zum Beispiel auch in den Fällen, in denen beide Eltern gemeinsam zwei behinderte Kinder pflegen, wenn ein Elternteil bisher schon Rentenversicherungsbeiträge erhalten konnte, der andere Elternteil beide Kinder aber jeweils weniger als 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat, bei einem Zusammenrechnen der Pflegezeiten nun aber auf über 14 Stunden wöchentlich kommt.

Zu Nummer 7 (§ 23)

Nachdem die Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326) an die Stelle der früheren Beihilfevorschriften des Bundes getreten ist, muss die Bezugnahme redaktionell angepasst werden.

Zu Nummer 8 (§ 27)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. § 5 Absatz 10 des Fünften Buches, auf den in § 27 Satz 3 verwiesen wird, wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2008 durch Artikel 9 Absatz 21 des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631) zu Absatz 9.

Zu Nummer 9 (§ 28)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. Die Überschrift zu § 40 ist durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden: Die Wörter „technische Hilfsmittel“ wurden durch die Wörter „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der neuen Leistungen gemäß § 38a.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der neuen Leistungen gemäß den §§ 45e und 123. Da diese nur für einen begrenzten Zeitraum gewährt werden, werden sie nicht in dem Leistungskatalog des Absatzes 1, sondern in einem neuen Absatz aufgeführt.

Zu Nummer 10 (§ 34)

Nicht nur die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 (Beiträge zur Rentenversicherung für familiäre und ehrenamtliche Pflegepersonen), sondern auch die Leistungen zur sozialen Sicherung bei Pflegezeit nach § 44a (Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige in Pflegezeit) sollen bei Unterbrechungstatbeständen, zum Beispiel wenn der Pflegebedürftige für bis zu vier Wochen im Krankenhaus behandelt werden muss, weiter gewährt werden.

Zu Nummer 11 (§ 37)

Bei Empfängern von Pflegegeld, die die Leistung der Kurzzeitpflege nach § 42 abrufen, ist bisher an die Stelle des Pflegegeldes die Leistung der Kurzzeitpflege getreten; der Pflegegeldanspruch ruhte für die Dauer der Kurzzeitpflege. Entsprechendes galt bisher auch für die Leistung bei Verhinderung einer Pflegeperson nach § 39.

Zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird eine gleichzeitige Gewährung der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe nach § 37 und der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 oder der Verhinderungspflege nach § 39 ermöglicht. Denn auch in den Zeiten, in denen Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege abgerufen werden, bestehen weiterhin finanzielle Belastungen in der Pflegesituation (insbesondere Lohnausfall).

Die Regelung, wonach das halbe Pflegegeld weiter gewährt wird, steht der Fortsetzung der bisherigen Praxis der Pflegekassen, bei stundenweiser Verhinderungspflege von bis zu acht Stunden am Tag das Pflegegeld in vollem Umfang fortzugewähren, nicht entgegen. Insoweit ist weiterhin den Besonderheiten einer stundenweisen Verhinderungspflege Rechnung zu tragen.

Zu Nummer 12 (§ 38)

Auf die Begründung zur Änderung des § 37 wird verwiesen.

Zu Nummer 13 (§ 38a – neu)

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen erhalten neben dem Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 oder neben dem Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 (oder neben dem Anspruch auf die Kombinationsleistung nach § 38) zusätzlich einen pauschalen Wohngruppenzuschlag. Der Zuschlag beträgt 200 Euro monatlich.

Die Leistung wird pauschal (ebenso wie das Pflegegeld) zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation sowie Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft gewährt. Damit wird diese Versorgungsform vom Gesetzgeber gestärkt und es wird berücksichtigt, dass in Wohngemein-

schaften für Pflegebedürftige besondere Aufwendungen entstehen.

Der Zuschlag wird zwar als Pauschale, aber nur zweckgebunden gewährt: Voraussetzung für die Zahlung des Zuschlages ist, dass in der Wohngruppe mindestens eine Pflegekraft organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet (Präsenzkraft). Auf einen konkreten Nachweis entstandener Kosten wird bewusst verzichtet. Das Erbringen von Nachweisen über entstandene Kosten (und damit verbundene Buchführungen) wäre zu bürokratisch und würde insbesondere selbst organisierten Wohngruppen nicht gerecht.

Der Zuschlag kann zum Beispiel auch dafür genutzt werden, eine nach § 77 von den Pflegekassen anerkannte Einzelpflegekraft dafür zu entlohnen, dass sie – neben der über die Sachleistung bereits finanzierte Pflege- und Betreuungstätigkeit – verwaltende Tätigkeiten in der Wohngruppe übernimmt.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag, wenn es sich um ein organisiertes gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen zum Zweck der gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung handelt. Eine Höchstgrenze wird nicht vorgesehen, da die Förderung der pflegerischen Versorgungsstruktur (Pflegeheime, -dienste, Pflege-Wohngemeinschaften) nach der Zuständigkeitsverteilung Sache der Bundesländer ist. In deren Kompetenzen wird mit diesen Regelungen nicht eingegriffen.

Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben durch die Einführung dieser Regelung unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig. § 13 Absatz 3 gilt.

Zu Absatz 2

Die Bewohner von Wohngruppen haben ebenso wie auch sonst bei häuslicher Pflege selbst die Wahl zwischen verschiedenen ambulanten Pflegediensten. Die ambulanten Pflegedienste, die von den einzelnen Bewohnern der Wohngruppe für die Sicherstellung ihrer Pflege frei gewählt worden sind, unterliegen der für ambulante Pflegedienste allgemein vorgesehenen Qualitätssicherung und -prüfung sowie der Zulassung.

Zu Nummer 14 (§ 40)

Die Zuschüsse der Pflegekassen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen werden künftig ohne einen Eigenanteil des Pflegebedürftigen gewährt. Die Prüfung der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen entfällt somit. Durch die Abschaffung der Einkommensprüfung ergibt sich ein Abbau von Bürokratie sowohl auf Seiten der Pflegebedürftigen als auch auf Seiten der Pflegekassen. Zudem wird dadurch die Hürde der Antragstellung reduziert und somit eine schnellere und leichtere Leistungsgewährung für den Pflegebedürftigen ermöglicht.

Zu Nummer 15 (§ 41)

Die Regelung folgt der ganz überwiegenden Praxis der Pflegekassen und dient der Klarstellung.

Die vorrangige Abrechung der ambulanten Pflegesachleistung nach § 36 vor der Tages- und Nachtpflege nach § 41 trägt dem Grundsatz des Vorrangs „ambulant vor stationär“ Rechnung. Zudem sprechen hierfür auch pragmatische Gründe: Der Träger einer teilstationären Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege) hat im Einzelfall regelmäßig zwei Rechnungen zu stellen, weil neben der Leistung, die die Pflegeversicherung zur Verfügung zu stellen hat, von dem Pflegebedürftigen noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten als Eigenanteil zu finanzieren sind. Die Abrechnungen mit dem Pflegebedürftigen beziehungsweise bei Bedürftigkeit des Pflegebedürftigen mit der Sozialhilfe werden bei Inanspruchnahme der teilstationären Pflege also nicht vermieden werden können. Dies ist bei Inanspruchnahme der häuslichen Pflegesachleistung nicht unbedingt der Fall, denn wenn der Pflegebedürftige Leistungen nur im Rahmen der gedeckelten Leistungsbeträge in Anspruch nimmt, hat der Träger der Pflegeeinrichtung nur mit der zuständigen Pflegekasse abzurechnen. Würde man den Vorrang der Ansprüche der teilstationären Pflegeeinrichtung vorsehen, hätte dies zur Folge, dass der Pflegebedürftige nicht nur von dem Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung – mindestens – eine Rechnung in Bezug auf die Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten erhielte, sondern zusätzlich auch noch eine Rechnung von dem ambulanten Pflegedienst. Dieses Ergebnis muss im Interesse der Pflegebedürftigen vermieden werden. Es entlastet die ambulanten Pflegedienste in vielen Fällen von doppelten Abrechungen mit den Pflegebedürftigen.

Zu Nummer 16 (§ 42)

Häufig können pflegende Angehörige an einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nur teilnehmen, wenn gleichzeitig die pflegerische Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen vor Ort sichergestellt ist. Um auch den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die keine Zulassung zur Pflege nach dem Elften Buch besitzen, eine pflegerische Versorgung im Rahmen des Sachleistungssystems der Pflegeversicherung zu ermöglichen, wird der Anspruch auf die Sachleistung der Kurzzeitpflege nach § 42 erweitert. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege soll auch dann für den Pflegebedürftigen bestehen, wenn eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem Elften Buch hat, vorausgesetzt dass der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Es kann generell davon ausgegangen werden, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fachlich und organisatorisch in der Lage sind, die von den pflegenden Angehörigen mitgebrachten Pflegebedürftigen angemessen zu betreuen und zu pflegen. Daher kann in diesen Fällen auf eine Zulassung als Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch verzichtet werden.

Die gemeinsame Unterbringung von pflegenden Angehörigen und deren Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme eröffnet auch Möglichkeiten, die Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme mit einer gleichzeitigen Schulung des pflegenden Angehörigen für die Pflege und mit entsprechenden Beratungsangeboten zu verbinden, damit längerfristig eine Überlastung des pflegenden Angehörigen durch die Pflegetätigkeit vermieden werden

kann und die häusliche Pflege sichergestellt bleibt. Denkbar ist dabei, dass die Schulung des pflegenden Angehörigen als Pflegekurs nach § 45 durchgeführt wird. Es sollte auch in Erwägung gezogen werden, ob nicht gleichzeitig Rehabilitationsmaßnahmen für den Pflegebedürftigen erbracht werden können.

Die Kurzzeitpflege wird auch durch die vorgesehene hälftige Fortgewährung des Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege attraktiver gemacht. Damit wird es pflegenden Angehörigen und deren Pflegebedürftigen erleichtert, an einer gemeinsamen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen und die damit verbundenen Kosten (insbesondere Hotelkosten und Kosten für den Transport des Pflegebedürftigen in die Kurzzeitpflege) zu tragen.

Auf die Änderungen in § 23 und § 40 des Fünften Buches, wonach die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen haben, wird Bezug genommen.

Zu Nummer 17 (§ 45a)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Änderung des § 18 Absatz Satz 1, wonach die Pflegekassen zukünftig auch andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung beauftragen können.

Zu Nummer 18 (§ 45d)

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen wird aus Absatz 1 ausgegliedert und in eine eigenständige Förderregelung nach Absatz 2 überführt.

Die Förderung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie von deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, bleibt unverändert. Hierfür sowie für Maßnahmen nach § 45c verbleibt künftig ein größerer finanzieller Spielraum, weil das bisherige Budget erhalten bleibt, die Selbsthilfe aber aus einem eigenständigen Budget finanziert wird.

Zu Buchstabe b

Für die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d Absatz 2 wird künftig ein eigenständiges Budget vorgesehen. Das Fördervolumen in Höhe von 25 Mio. Euro nach § 45c bleibt für die Förderung von neuen Versorgungsstrukturen nach § 45c und die Förderung des Ehrenamtes nach Absatz 1 des § 45d erhalten.

Die Höhe der Förderung für die Selbsthilfe nach § 45d wird auf 10 Cent pro Versicherten und Jahr festgelegt. Es bleibt bei der Kofinanzierung durch Länder/Kommunen. Die bewährten Strukturen der Förderung nach § 45c und das dort vorgesehene Verfahren werden beibehalten und werden auch bei der Förderung der Selbsthilfe nach § 45d entsprechend angewendet. Das heißt, es gilt für § 45d dasselbe Antrags- und Bewilligungsverfahren wie für § 45c.

Auch für die privaten Versicherungsunternehmen gilt, dass sie 10 Cent je Versicherten und Kalenderjahr für die Selbsthilfeförderung aufbringen müssen. Die Zahlung erfolgt wie bei § 45c direkt an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Die gleichen Stellen, die nach Landesrecht bisher für die Entgegennahme von Förderanträgen und deren Bearbeitung nach § 45c und § 45d zuständig sind, bleiben auch künftig für die Förderung nach § 45c und § 45d zuständig.

Zu Nummer 19 (Sechster Abschnitt – neu –, §§ 45e und 45f)

Durch die Weiterentwicklung neuer Wohnformen als Ergänzung zur stationären Pflege soll ein selbstbestimmtes Leben auch dann ermöglicht werden, wenn ein angemessenes Wohnen in der häuslichen Umgebung nicht mehr möglich scheint, eine stationäre Unterbringung aber nicht erforderlich ist oder von den Betroffenen abgelehnt wird. Es wird ein Gesamtbudget von 40 Mio. Euro bereitgestellt. Dies entspricht der Höhe der Fördermittel, die für den Aufbau von Pflegestützpunkten nach § 92c bis zum 30. Juni 2011 nicht abgerufen wurden.

Zu § 45e (neu)

Die Neugründung von ambulanten Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen nach § 38a ist als sinnvolle Zwischenform zwischen der Pflege in der häuslichen Umgebung und der vollstationären Pflege gewollt. Um die Neugründungen von Wohngemeinschaften in den nächsten Jahren durch zusätzliche Förderanreize anzuregen, wird ein Budget von 30 Mio. Euro bereitgestellt. Unterstellt man je Wohngemeinschaft durchschnittlich vier Pflegebedürftige, so könnten mit den Mitteln etwa 12 000 Anspruchsberechtigte oder 3 000 neu entstehende Wohngemeinschaften in den ersten Jahren nach Einführung des § 38a gefördert werden.

Zu Absatz 1

Die Gründung einer Wohngemeinschaft im Sinne dieser Vorschrift ist gegeben, wenn mindestens drei der Bewohner, die in einer Wohneinheit zusammenziehen, Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben.

Um die Gründung von ambulanten Wohngemeinschaften anzuregen, wird deren Neugründung gefördert, bis das Budget von 30 Mio. Euro erschöpft ist. Dadurch ergibt sich abhängig vom Antragsvolumen eine zeitliche Befristung der Fördermaßnahme. Jede pflegebedürftige Person, die die Anspruchsvoraussetzungen des § 38a erfüllt, erhält zusätzlich zu dem regelmäßigen Wohngruppenzuschlag von 200 Euro und unbeschadet des Anspruchs nach § 40 Absatz 4 einen einmaligen Förderbetrag von bis zu 2 500 Euro, wenn sie an der Gründung der Wohngemeinschaft beteiligt ist. Unabhängig von dem individuellen Anspruch ist der Betrag je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt. Er ist bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen anteilig auf die Versicherungsträger der beteiligten Pflegebedürftigen aufzuteilen. Dies kann ohne weitere Abstimmung geschehen, da jedem Versicherungsträger die Zahl der Beteiligten genannt wird.

Der Verwaltungsaufwand soll so gering wie möglich gehalten werden, um Bürokratie zu vermeiden und um die Attraktivität der Gründung von Wohngruppen nicht zu beeinträchtigen. Wesentliche Kriterien für die Anspruchsberechtigung sind die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe und die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der Wohnung. Dabei soll ein zeitnah zu erwartender Bedarf an Umgestaltungsmaßnahmen einbezogen und gefördert werden, auch wenn er zum Zeitpunkt der Antragstellung für den Bedarf der Einzelpersonen noch nicht erforderlich ist, wie beispielsweise eine bodengleiche Dusche oder eine rollstuhlgerechte Herrichtung der Wohnung. Auch der Kostennachweis soll so einfach wie möglich gestaltet werden. Durch die zeitliche Befristung der Antragstellung soll der Zeitraum, in dem die Gründung der Wohngruppe gefördert werden kann, begrenzt bleiben. Dadurch ergibt sich eine gewünschte Beschleunigung der Gründungsphase und der verwaltungsmäßigen Abwicklung.

Zu Absatz 2

Die Einzelheiten der Förderungsvoraussetzungen und die Einzelheiten zum Verfahren der Antragstellung, zur Auszahlung sowie zum Nachweis der entstandenen Kosten regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ist herzustellen, weil die in der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versicherten den in der sozialen Pflegeversicherung Versicherten gleichgestellt werden, um Ungleichbehandlung zu vermeiden.

Die Pflegekassen melden dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung die ausgezahlten Fördermittel im monatlichen Finanzausgleichsverfahren. Das Bundesversicherungsamt informiert die Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., wenn die Förderung eine Gesamthöhe von 30 Mio. Euro erreicht hat. Danach werden nur noch die bis zum Kalendermonat der Bekanntgabe eingegangenen Anträge bewilligt. Damit ist sichergestellt, dass der für die begrenzte Sonderförderung zur Verfügung gestellte Betrag von 30 Mio. Euro nicht oder nur unwesentlich überschritten wird.

Zu § 45f (neu)

Die stationäre Pflege ist stark trägerorientiert und in erster Linie auf die pflegerische Versorgung ausgerichtet. Die pauschale Befürchtung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, dass eine stationäre Unterbringung eine zu starke Unterordnung in institutionalisierte Strukturen erzwingt und ein selbstbestimmtes Leben nicht ermöglicht, führt oft zu einer Ablehnung von stationären Unterbringungsformen.

In ihrer veränderten Lebenslage wünschen viele Menschen, die pflegebedürftig geworden sind, oft lediglich Hilfestellungen, um im Bereich der stationären Pflege einen durch Selbständigkeit geprägten Lebens- und Wohnstil soweit wie möglich behalten zu können. Für die erforderlichen Hilfestellungen im Alltag wünschen sie eine mehr auf das individuelle Wohnen bezogene Unterbringung mit Wahlmöglichkeiten der Hilfe- und Pflegebausteine, die sie in ihrer speziellen Situation für erforderlich halten. Dies kann durch Wohngemeinschaften, wie sie in den §§ 38a und 45e vorgesehen sind, sichergestellt werden.

Gebraucht werden daneben aber auch Angebote, die darüber hinausgehen, ohne das Ausmaß einer Vollversorgung im Pflegeheim zu erreichen. In diesem Segment sollen die Träger ihre hohe Professionalität und Qualität bereitstellen und zwar in dem Umfang, in dem Bewohner dies benötigen und wünschen. Insofern bedarf es „ambulantisierter“ Betreuungsformen, die bewohnerorientiert vor hochprofessionellem, institutionengestütztem Hintergrund modulhaft individuelle Versorgung anbieten, die bedarfsweise in Anspruch genommen werden kann. Die wissenschaftlich begleitete Entwicklung und Erprobung dieser innovativen stationären Betreuungsformen wird durch die Vorschrift für einen begrenzten Zeitraum besonders gefördert.

Dabei haben Gesichtspunkte der Qualitätssicherung Vorrang und die Heimgesetzgebung der Länder ist zu beachten.

Die Träger von stationären Einrichtungen sollen ermutigt werden, Konzepte in diesem Sinne zu entwickeln und umzusetzen. Hier liegen Chancen, die stationäre Pflege zu ergänzen, ohne deren Existenz zu gefährden. Aber auch andere geeignete Träger, die bisher nicht im stationären Bereich engagiert waren, sowie die Wissenschaft sollen motiviert werden, überzeugende Konzepte zu entwickeln.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Voraussetzungen und das Verfahren der Förderung. Dabei soll in den Fällen, in denen Umstrukturierungskosten und eventuell befürchtete Mindereinnahmen der Träger den Förderzweck hemmen, ein angemessener Ausgleich gewährt werden. Investitions- und Baumaßnahmen sowie unangemessene Doppelförderungen, insbesondere aus laufenden Modellprogrammen, sind ausgeschlossen. Wünschenswerte Kofinanzierungen von Dritten sollen jedoch möglich bleiben, wenn sich dadurch Fördermittel unterschiedlicher Stellen ergänzen. Die Förderung eines Einzelprojektes soll im Regelfall drei Jahre nicht überschreiten. Spätestens nach fünf Jahren legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine wissenschaftliche Auswertung vor.

Das Verfahren der Auszahlung aus dem Ausgleichsfonds bedarf der Vereinbarung mit dem Bundesversicherungsamt.

Im Übrigen sind die Regelungen des § 8 Absatz 3 entsprechend anzuwenden. Dies gilt auch für die Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Zu Nummer 20 (§ 46)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 18 Absatz 3. Die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3 Satz 8 werden wie Verwaltungskosten behandelt.

Zu Buchstabe b

Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ ist die Regelung über die Prüfung der Pflegekassen nach § 46 Absatz 6 der Regelung über die Prüfung der Krankenkassen nach § 274 Absatz 1 des Fünften Buches nachgebildet. Nachdem durch das Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) das Prüfrecht der Prüfdienste nach § 274 Absatz 1 des Fünften Buches auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen

erstreckt wurde, wird nun auch eine entsprechende Befugnis der Prüfdienste gegenüber den Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen geregelt.

Zu Nummer 21 (§ 52)

Um beispielsweise Berichte der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (§ 10) sachgerecht gestalten zu können, ist es unverzichtbar, dass alle Beteiligten im erforderlichen Maß ihren Beitrag leisten. Deshalb stellt die Ergänzung ausdrücklich klar, dass die Landesverbände der Pflegekassen insbesondere den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Bewältigung seiner Aufgaben zu unterstützen haben.

Zu Nummer 22 (§ 53a)

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermächtigt ist, auch zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. Richtlinien zu erlassen.

Zu Nummer 23 (§ 53b – neu)

Beitragsfinanzierte Sozialversicherungsleistungen bedingen einen einheitlichen Zugang zu den Leistungen. Mit der Bezeichnung „unabhängige Gutachter“ in § 18 und § 53b wird kein eigener Beruf mit eigenen Zulassungsvoraussetzungen geschaffen, sondern es gelten die Maßgaben des § 18 Absatz 7 entsprechend, der auf vorhandene Berufe Bezug nimmt: Die Begutachtungsaufgaben werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Mit der Verankerung der Richtlinienkompetenz für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Regelung der unmittelbaren Beauftragung unabhängiger Gutachter durch die Pflegekassen, der Nennung der wesentlichen Inhalte der Richtlinien und der Anordnung der Verbindlichkeit der Richtlinien für die Pflegekassen wird sichergestellt, dass die Begutachtungen auch zukünftig bundesweit einheitlich erfolgen.

Um dies sicherzustellen, sind in den Richtlinien zu regeln:

- die Anforderungen an die Qualifikation der Gutachter entsprechend den in den Begutachtungsrichtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 für Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen festgelegten Anforderungen,
- die Anforderungen an die Unabhängigkeit der von den Pflegekassen beauftragten Gutachter,
- das Verfahren, mit dem sichergestellt wird, dass von den Pflegekassen beauftragte unabhängige Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie bei Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung anlegen,
- die Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren gemäß § 18b und
- die Einbeziehung der Gutachten der von den Pflegekassen beauftragten unabhängigen Gutachter in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung.

Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zu Nummer 24 (§ 55)

Zu Buchstabe a

Die Beitragssatzerhöhung trägt dem Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung Rechnung. Sie ist insbesondere zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45a) erforderlich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG vom 22. Dezember 2010, BGBl. I S. 2309).

Bei landwirtschaftlichen Unternehmen sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des KVLG 1989 aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag als Pflegeversicherungsbeitrag erhoben.

Bisher musste der Zuschlag für Landwirte zur Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 3 entsprechend der Veränderung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 241 des Fünften Buches zum 1. Januar jeden Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit bekannt gegeben werden. Da der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 1. Januar 2011 gesetzlich auf 15,5 Prozent festgeschrieben wurde, entfällt die Notwendigkeit einer jährlichen Bekanntgabe des Zuschlags für Landwirte zur Pflegeversicherung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Eine Änderung des Zuschlags ergibt sich nur, wenn sich der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 oder in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 241 des Fünften Buches verändert. Der Zuschlag wird im zweiten Halbjahr 2012 letztmalig für das Jahr 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit bekannt gegeben.

Zu Nummer 25 (§ 57)

Die Regelung entspricht der bisherigen Regelung in Satz 6 des § 57 Absatz 3. Im Übrigen wird auf die Einfügung des neuen Absatzes 5 zu § 55 Bezug genommen.

Zu Nummer 26 (§ 71)

Zu Buchstabe a

In der praktischen Rechtsanwendung verhindert das Wort „nur“, dass Träger einer Einrichtung der Tagespflege die Einrichtung gleichzeitig auch für Angebote der Nachtpflege nutzen können. Die Streichung stellt sicher, dass bei aufeinander abgestimmten Angeboten der Tages- und Nachtpflege selbständig wirtschaftende Einrichtungen zugelassen und mit Hilfe von Gesamtversorgungsverträgen wirtschaftlich betrieben werden können.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird erreicht, dass auch bei Berufsunterbrechungen aus anderen als den genannten Gründen – zum Beispiel bei der vorübergehenden Betreuung einer behinderten Person oder einer Berufsunterbrechung aus familiären Gründen – die Rückkehr in den Beruf erleichtert wird. Damit wird ein Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf geleistet. Gleichzeitig wird eine Entbürokratisierung der Zulassung erreicht, da die Landesverbände der Pflegekassen nicht mehr prüfen müssen, ob im Einzelfall die Voraussetzungen für eine Verlängerung der Rahmenfrist von fünf auf acht Jahre vorliegen.

Zu Nummer 27 (§ 72)

Zu Buchstabe a

Die Änderung trägt der engen Rechtsauslegung in der Praxis Rechnung, nach der aufgrund der Begrenzung auf die örtlich verbundenen Pflegeeinrichtungen nur in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Sachsen Gesamtversorgungsverträge abgeschlossen werden konnten. Damit auch in den übrigen Ländern die durch die Vereinbarung von Gesamtversorgungsverträgen erzielbaren Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden können, wird die Regelung moderat geöffnet.

Zu Buchstabe b

Durch die Einführung des Mindestentgelts in der Pflege ist die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Regelung über die Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht mehr erforderlich, denen das Mindestentgelt zu zahlen ist. Die Regelung wird entsprechend geändert, so dass sie nur noch in den Situationen zur Anwendung gelangt, in denen Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten nicht nach dem Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ein Mindestentgelt zu zahlen haben. Dies ist beispielsweise bei Betreuungskräften oder Küchenkräften der Fall.

Durch die Begrenzung der Regelung auf die Gruppe der Beschäftigten, die nicht von der Mindestentgeltregelung erfasst wird, wird Bürokratie abgebaut, da die Pflegeeinrichtungen nur noch für diese Beschäftigten verschiedene Entgeltregelungen im Rahmen ihrer Zulassung beachten müssen. Gleichzeitig werden die Beschäftigten, die nicht von der Mindestentgeltregelung erfasst sind, durch diese Regelung vor Lohndumping geschützt.

Mit Ausnahme der Abschaffung sich überschneidender Entgeltregelungen ergeben sich keine Veränderungen. Ergänzend erfolgt zur Finanzierung der Personalaufwendungen eine Klarstellung in den §§ 84 und 89.

Zu Nummer 28 (§ 77)

Die Änderung im neu gefassten Absatz 1 stärkt die praktische Umsetzung der Regelung, indem die „Kann"-Regelung zur „Soll"-Regelung weiterentwickelt wird. Dadurch müssen die Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Pflegekräften eingehen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen.

Die bisher in den Nummern 1 bis 4 genannten Voraussetzungen werden zusammengefasst, ohne dass der Anwendungsbereich der Vorschrift eingeengt wird. Auch der bisherige Satz 6 wird von der Neuregelung des Satzes 1 umfasst und daher gestrichen.

Im Übrigen erhält durch die „Soll"-Regelung die Aufgabe der Pflegekassen hinsichtlich der Qualität der Versorgung keine Einschränkung. Dies wird durch den Verweis auf § 112 unterstrichen. Der Zielsetzung, die mit der häuslichen Pflege durch eine Einzelperson nach Absatz 1 Satz 1 verfolgt wird, ist entsprechend Rechnung zu tragen. Qualität der Pflege, Betreuung und Versorgung durch geeignete Pflegekräfte sind nicht nur zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zu prüfen, sondern es ist auch zu gewährleisten, dass die Qualität der Pflege auf Dauer und im Vertretungs- beziehungsweise Verhinderungsfall dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entspricht, indem beispielsweise die Expertenstandards angewendet und geeignete Maßnahmen der Qualitätssicherung durchgeführt werden. Dies schließt das Erfordernis einer geeigneten Dokumentationspflicht der Einzelpflegekraft mit ein.

Ergänzend wird die Klarstellung aufgenommen, dass auch Einzelpflegekräfte mit Pflegebedürftigen Pflegeverträge im Sinne des § 120 abzuschließen haben, in denen Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit dem Kostenträger vereinbarten Vergütungen darzustellen sind. Es wird darüber hinaus klargestellt, dass die Einzelpflegekraft bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen dies der Pflegekasse mitzuteilen hat.

Zu Nummer 29 (§ 78)

Die Änderung ist redaktioneller Art, da nach Streichung des § 40 Absatz 4 Satz 2 keine Regelungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen notwendig sind, um die Höhe der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu bemessen.

Zu Nummer 30 (§ 81)

Die Änderung ist redaktioneller Art. Sie trägt der Auflösung der See-Kranken- und Pflegekasse und deren Eingliederung in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Rechnung.

Zu Nummer 31 (§ 82b)

Durch die Regelung wird klargestellt, dass zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen können. Damit wird die beispielhafte Auflistung der Sachverhalte in Absatz 1 Nummer 1 bis 3 erweitert, bei denen die in der Einrichtung angefallenen Sach- und Personalaufwendungen in der jeweiligen Vergütungsvereinbarung berücksichtigt und ausgewiesen werden können. Die Regelungen des Absatzes 1 gelten entsprechend.

Die Klarstellung dient der Förderung des ehrenamtlichen Engagements, um die professionelle Versorgung Pflegebe-

dürftiger bei den allgemeinen Pflegeleistungen im stationären Bereich zu unterstützen und zu ergänzen.

Zu Nummer 32 (§ 84)

Im Zusammenhang mit der Einführung des Mindestentgelts in der Pflege durch die Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche (Pflegearbeitsbedingungenverordnung) auf Grundlage des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) wurde befürchtet, dass sich die Kostenträger bei der Bemessung der Vergütungen zukünftig an den in der Verordnung festgelegten Mindestentgelten orientieren. Es ist deshalb darauf hinzuweisen, dass nach der höchstrichterlichen Sozialrechtsprechung (vergleiche Urteile des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009, Az.: B 3 P 3/08 R, zur ambulanten Pflege und vom 29. Januar 2009, Az.: B 3 P 7/08 R, zur stationären Pflege) die Zahlung von Tariflöhnen ausdrücklich als wirtschaftliche Betriebsführung bezeichnet wird.

Um auch die Kostenträger vor Ort auf die Richtigkeit dieser Vorgehensweise hinzuweisen und unnötige Sozialgerichtsverfahren gegen ablehnende Entscheidungen der Kostenträger zu vermeiden, erfolgt eine entsprechende Klarstellung.

Mit der Regelung wird im Übrigen dem Beschluss des Bundesrates (Drucksache 52/09) vom 13. Februar 2009 zu dieser Frage im Zusammenhang mit dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz Rechnung getragen.

Zu Nummer 33 (§ 87)

Die Änderung knüpft an die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, wie in seinem Urteil vom 13. Dezember 2007 (Az. III ZR 172/07), an und stellt ausdrücklich klar, dass Pflegebedürftigen nur dann Verpflegungskosten berechnet werden dürfen, soweit sie an den jeweiligen Tagen Verpflegung in Anspruch genommen haben. Nehmen Pflegebedürftige, beispielsweise aus gesundheitlichen oder behinderungsbedingten Gründen, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellte Verpflegung nicht in Anspruch, sind sie für diese Tage nicht mit Kosten zu belasten. Dies ist nach § 87a Absatz 1 Satz 1 für den jeweiligen Berechnungstag zu berücksichtigen.

Unverändert können die Vertragsparteien für Haupt- und Zwischenmahlzeiten gesonderte Entgelte vereinbaren, um den Pflegebedürftigen die Abwahl einzelner Mahlzeiten zu ermöglichen und somit ihr Selbstbestimmungsrecht weiter zu stärken. Um Pflegebedürftige und Angehörige schon bei der Suche von in Betracht kommenden Pflegeeinrichtungen entsprechend zu informieren, ist die Ergänzung der Leistungs- und Preisvergleichslisten erforderlich. Dies fördert auch den Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen untereinander und ergibt sich aus Satz 4.

Zu Nummer 34 (§ 87a)

Da Entgelte für Verpflegung nur noch berechnet werden können, soweit die Verpflegung in Anspruch genommen wird (siehe Änderung des § 87), entfällt die Notwendigkeit für entsprechende Abschlagsregelungen in den Rahmenverträgen. Dem trägt die Streichung Rechnung.

Zu Nummer 35 (§ 87b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Einführung des § 87b wurde es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht, zusätzliche, sozialversicherungspflichtig beschäftigte Betreuungskräfte für die zusätzliche Betreuung von Bewohnern mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einzustellen und die Aufwendungen hierfür durch Vergütungszuschläge refinanziert zu bekommen. Die Regelung wird nunmehr auf alle zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen ausgedehnt, indem Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen einbezogen werden. Damit wird dem Anliegen der Vorschrift, die Versorgung der Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf im Sinne des § 45a zu verbessern, auch im teilstationären Bereich Rechnung getragen und die bestehende Lücke zwischen den dafür vorgesehenen Möglichkeiten im ambulanten und im vollstationären Bereich geschlossen. Die Umsetzung erfolgt wie im vollstationären Bereich durch die Vereinbarungspartner vor Ort. Die Begriffe in den Absätzen 1 und 2 gelten entsprechend § 71 Absatz 2 auch für den teilstationären Bereich.

Die verbesserte Versorgung für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz durch zusätzliche Betreuungskräfte soll auch in Einrichtungen der Tages- und Nachpflege sichergestellt werden. Aufgabe der zusätzlichen Betreuungskräfte ist es, für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung auch in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege ein ergänzendes Angebot an Betreuung und Aktivierung zu bieten. Sie sollen die zusätzlichen Betreuungsleistungen nur unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften, im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften erbringen und insoweit Pflegekräfte unterstützen.

Der von der Pflegeversicherung finanzierte mögliche Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften im vollstationären Bereich hat sich in der Praxis bewährt. Bis Dezember 2010 wurden bereits über 9 000 Vereinbarungen abgeschlossen. Damit hatten circa 80 Prozent aller zugelassenen Pflegeheime Vergütungszuschläge vereinbart. Nach der im Jahr 2011 veröffentlichten Infratest-Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ stieg die Anzahl der zusätzlichen Betreuungskräfte bis Juni 2010 auf circa 25 000 Personen.

Zusätzliche Betreuungskräfte haben wesentlich dazu beigetragen, die betroffenen Heimbewohner bei ihren alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen und die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen zu erhöhen. Die Ausweitung der Maßnahme auf den teilstationären Bereich lässt durch die Förderung und Stabilisierung des Zustandes der Pflegebedürftigen somit auch positive Auswirkungen auf die ambulante Versorgung erwarten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bleibt es unverändert bei der Voraussetzung, dass das zusätzliche Personal ausdrücklich sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein muss. Die Möglichkeit, auch geringfügig Beschäftigte nach

§ 8 Absatz 1 des Vierten Buches als zusätzliche Betreuungskräfte im teilstationären Bereich einzusetzen, kann eine sinnvolle Ergänzung sein, um die Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch in kleinen teilstationären Einrichtungen mit der nötigen Flexibilität sicherzustellen. Dies soll jedoch nicht zu einer Verdrängung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse führen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, die Regelungen des § 28 entsprechend anzuwenden sind.

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung stellt klar, dass sich künftig der Geltungsbereich der Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften auf den gesamten Bereich der stationären Versorgung erstreckt. Die Richtlinien sind entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 36 (§ 89)

Zu Buchstabe a

Siehe die Begründung zur Änderung des § 84.

Zu Buchstabe b

Pflegebedürftige sollen sich flexibler als bisher und orientiert an ihren persönlichen Bedürfnissen die Leistungen zusammenstellen können, die Pflegedienste im Rahmen von Pflegeeinsätzen erbringen. Um Pflegebedürftigen die Gestaltungsmöglichkeiten bei der inhaltlichen und zeitlichen Zusammenstellung der individuell gewünschten Hilfeleistungen zu eröffnen, werden die Vertragsparteien verpflichtet, generell eine alternative Vergütungsregelung zu vereinbaren.

Die Änderung sieht vor, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2013 die Vertragsparteien immer eine von dem tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes abhängige Vergütungsregelung treffen. Hintergrund ist, dass Abrechnungen nach Zeitaufwand weitaus besser mit Betreuungsleistungen korrespondieren als die derzeitige in der Praxis bevorzugte Abrechnung nach Komplexleistungen. In Betracht kommt beispielsweise eine Stundenvergütung, die je nach tatsächlichem Aufwand an Zeit anteilig berechnet wird. Maßstab ist der tatsächliche Aufwand an Zeit vor Ort, so dass Formen der Pauschalierung hier unzulässig sind. Die Vergütungen können also nicht so bemessen werden, dass zum Beispiel für jede angefangene Viertelstunde eine anteilige Stundenvergütung berechnet werden kann. Welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt, obliegt der freien Auswahl durch den Pflegebedürftigen.

Die Änderung lässt die Bemessung von Vergütungen unberührt, die vom tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes unabhängig sind. Hier können die Vertragsparteien unverändert Vergütungen vereinbaren, die sich zum Beispiel am typischen Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes orientieren oder eine Komplexleistung darstellen. Auch weiterhin können für sonstige Leistungen, wie zum Beispiel hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten, pauschalierte Vergütungen vereinbart werden. Die Regelung verpflichtet jedoch die Vertragsparteien auch zur Vereinbarung von Vergütungen, die vom tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes unabhängig sind.

Aufgrund der alternativen Vergütungsformen und den daraus erwachsenen Wahlmöglichkeiten können Pflegebedürftige ihren individuellen Bedürfnissen besser und gezielter Rechnung tragen (siehe auch Änderung des § 120). Der Aufwand, der den Vertragsparteien durch die zusätzlich zu vereinbarende Zeitvergütungen entsteht, tritt deutlich hinter dem Mehrwert zurück, den die einzelnen Pflegebedürftigen durch den Zuwachs an individueller Flexibilität und Selbstbestimmtheit der Lebensführung erlangen.

Zu Nummer 37 (§ 94)

Es handelt sich um eine datenschutzrechtliche Folgeänderung zur Einführung von Beratungsgutscheinen.

Zu Nummer 38 (§ 97d – neu)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Regelung enthält die erforderliche datenschutzrechtliche Befugnis für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten durch unabhängige Gutachter, die von den Pflegekassen mit der Begutachtung im Sinne des § 18 beauftragt werden.

Zu Absatz 3

In Anlehnung an § 97 Absatz 3 Satz 1, der für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gilt, sind die personenbezogenen Daten spätestens nach fünf Jahren zu löschen. Für den Beginn der Frist gilt § 107 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

Zu Nummer 39 (§ 105)

Es handelt sich um eine datenschutzrechtliche Änderung, die aufgrund der Rechtsprechung erforderlich geworden ist.

Es wird eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung dafür geschaffen, dass Pflegeeinrichtungen für die Abrechnung ihrer Pflegeleistungen Rechenzentren einschalten können. Damit können beispielsweise ambulante Pflegedienste nicht nur ihre Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Fünften Buch, sondern auch ihre Pflegeleistungen nach dem Elften Buch über Rechenzentren abrechnen lassen. Die nunmehr einheitliche Abrechnung der Leistungen, die aufgrund der eindeutigen rechtlichen Grundlage möglich wird, stellt einen maßgeblichen Beitrag zur Entbürokratisierung dar.

Zu Nummer 40 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es zunehmend schwieriger, eine ausreichende Zahl von Fachkräften in der Altenpflege zu gewinnen. Um für entsprechende Maßnahmen zur Sicherung des Fachkräftebedarfs eine ausreichend differenzierte Datengrundlage zu haben, ist es erforderlich, die Pflegestatistik tiefer zu untergliedern. Dazu werden das Geburtsjahr der Beschäftigten sowie Ausbildungsart (Beruf, Erstausbildung oder Umschulung) und Ausbildungsjahr ergänzt.

Zu Buchstabe b

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden in der Pflegestatistik bisher nicht erfasst, wenn sie keiner Pflegestufe zugeordnet sind. Die Pflegestatistik nach § 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 2 Absatz 1 Nummer 4 der Pflege-Statistikverordnung erfasst nur Personen, die pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 sind (Personen mit Pflegestufe). Da alle Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aber Anspruch auf Leistungen nach § 123 haben, sollen sie in der Pflegestatistik mit erfasst werden.

Zu Nummer 41 (§ 113)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung in Absatz 1 Satz 2 beinhaltet eine Klarstellung zum Inkrafttreten der Grundsätze und Maßstäbe im Zusammenhang mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger.

Zu Buchstabe b

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 war das Zieldatum 31. März 2009 zur Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze durch die Vereinbarungspartner mit der Anrufungsmöglichkeit der Schiedsstelle verbunden worden. Es ist sinnvoll, das Datum zu streichen und durch eine Formulierung zu ersetzen, die eine zukünftige Weiterentwicklung der Maßstäbe und Grundsätze erleichtert. Dabei wird – wie bei der Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen – eine Erarbeitungsfrist von sechs Monaten bestimmt, bevor die Anrufung der Schiedsstelle erfolgen kann.

Zu Nummer 42 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Ob und welche Regelungen ein Pflegeheim hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung getroffen hat, kann für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ein wichtiges Auswahlkriterium bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung sein.

Deshalb wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Verpflichtung normiert, den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung geregelt sind. Die Regelung zielt darauf ab, den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen – im Sinne des Verbraucherschutzes – eine breite Information über wesentliche Aspekte aus den Regelungsbereichen der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung zu geben und darüber zu informieren,

- mit welcher Häufigkeit ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Visiten stattfinden,
- wie häufig berufsübergreifende Fallbesprechungen durchgeführt werden und
- wie die ärztliche Rufbereitschaft und Versorgung, insbesondere nach 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen, gestaltet ist.

Die Einrichtungen sollen hierzu insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen mit Ärzten, Fachärzten und Zahnärzten oder die Einbindung in Ärztenetze zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken hinweisen. Durch die Beachtung dieser Kriterien wird im Interesse der Pflegebedürftigen die Vergleichbarkeit der Angaben ermöglicht.

Die Vorschrift steht im Zusammenhang mit der in § 115 Absatz 1b neu verankerten Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber den Pflegebedürftigen: Es ist sinnvoll, die Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in zeitlichem und organisatorischem Zusammenhang mit dem Informationsfluss unmittelbar nach einer Regelprüfung zu übermitteln. Dort haben die Einrichtungen bereits jetzt die Möglichkeit, nach Erhalt des vorläufigen Transparenzberichts den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Tagen Unterlagen zuzusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden (vergleiche Anlage 4 zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen stationär (PTVS) vom 17. Dezember 2008).

Die Landesverbände der Pflegekassen haben ab dem 1. Januar 2013 die gesetzliche Verpflichtung sicherzustellen, dass für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Aus diesem Grund gilt auch die Informationspflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen erst ab dem 1. Januar 2013.

Relevante Informationen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung sind den Landesverbänden der Pflegekassen von den vollstationären Pflegeeinrichtungen innerhalb von vier Wochen zu übermitteln.

Zu Buchstabe b

Die Neufassung des Absatzes dient der Entlastung der Prüfverfahren. Die Konkretisierung der Regelung trägt dazu bei, Synergieeffekte in operativer wie inhaltlicher Hinsicht stärker zu nutzen und die Pflegeeinrichtungen wirksamer vor nicht erforderlichen, belastenden Doppelprüfungen zu schützen. Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Stärkung des Auftrags an Pflegekassen und Medizinische Dienste zur Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden gemäß § 117.

Die bisherige Pflicht der Landesverbände der Pflegekassen, bei der Festlegung des Umfangs der Regelprüfung vorliegende Ergebnisse von Prüfungen der Heimaufsicht und anderer landesrechtlicher Prüfinstanzen zu berücksichtigen, wird dahingehend konkretisiert, dass nunmehr vor einer Regelprüfung solche Prüfergebnisse aktiv zu erfragen und auszuwerten sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob und welche Ergebnisse einer Prüfung der Heimaufsicht oder eines nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahrens die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner

Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen zum Gegenstand hatten.

Zu beachten sind dabei die geltenden Vorschriften für die Durchführung von Prüfungen und die Darstellung von Prüfergebnissen nach dem Elften Buch. Die Verantwortung der Landesverbände der Pflegekassen für die Prüfung der Einhaltung der aufgeführten Qualitätsanforderungen wird durch diese Regelungen nicht eingeschränkt.

Das bedeutet, dass die Landesverbände der Pflegekassen vor einer Verringerung des Prüfumfangs zu klären haben, ob die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist. Zudem sind nur Prüfungen zu berücksichtigen, die nicht länger als neun Monate zurückliegen, weil die Berücksichtigung älterer Prüfergebnisse dem jährlichen Prüfrhythmus gemäß § 114 Absatz 2 widerspräche.

Die Pflegeeinrichtung kann, zum Beispiel wenn sie bei der Prüfung der Heimaufsicht in einzelnen Bereichen schlechte Ergebnisse erzielt hat, verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen und in vollem Umfang geprüft wird. Damit wird den Pflegeeinrichtungen die Chance gegeben, zwischenzeitlich erreichte Verbesserungen der Qualität nachzuweisen.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass nach § 114 Absatz 5 Satz 2 oder 3 lediglich tatsächlich angefallene (veranlasste) Kosten der Wiederholungsprüfung abgerechnet werden dürfen. Nicht von der Rechtsgrundlage gedeckt ist die Geltendmachung von Pauschalen oder Durchschnittswerten. Gleichfalls nicht gedeckt ist die Geltendmachung von Kosten, die auch ohne eine Wiederholungsprüfung anfallen, etwa Verwaltungs- und Vorhaltekosten.

Zu Nummer 43 (§ 114a)

Zu Buchstabe a

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wurde die Häufigkeit von Qualitätsprüfungen im ambulanten und stationären Bereich erhöht (jährliche Regelprüfung) und klargestellt, dass die Prüfungen grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind. Bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten findet bereits heute vielfach eine Prüfankündigung am vorherigen Tag statt, um die Anwesenheit der Pflegedienstleitung und die organisatorische Durchführung der Prüfung sicherzustellen. Die Pflegedienstleitung ist in ambulanten Einrichtungen oft selbst in die Pflege eingebunden. Vor diesem Hintergrund wird nunmehr gesetzlich geregelt, dass die Qualitätsprüfung bei ambulanten Pflegeeinrichtungen kurzfristig angekündigt werden soll, wenn die Durchführung der Qualitätsprüfung organisatorisch sonst nicht möglich ist. Als kurzfristig ist eine Ankündigung am Tag vor der Prüfung anzusehen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung – oder eine andere Prüfinstitution – ist in diesen Fällen verpflichtet, gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich zu begründen, warum von einer unangemeldeten Prüfung abgesehen wurde. Diese Mitteilung kann auch Grundlage einer Information im Rahmen der Transparenzberichte gemäß § 115 Absatz 1a sein.

Zu Buchstabe b

Der Inhalt des Satzes wird in den neuen Absatz 3a aufgenommen.

Zu Buchstabe c

Es wird geregelt, dass die Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen bedürfen. Das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gewährleistet die Befugnis des Einzelnen, über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten im Grundsatz selbst zu bestimmen.

Zu Buchstabe d

Neu geregelt wird, dass für die Einwilligung nach Absatz 2 oder 3 Textform (vergleiche § 126b des Bürgerlichen Gesetzbuches) erforderlich ist. Bisher bedurfte die Einwilligung nach § 67b Absatz 2 Satz 3 des Zehnten Buches regelmäßig der Schriftform. Textform bedeutet, dass die Erklärung in einer Urkunde oder in einer anderen zur dauerhaften Wiedergabe von Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben, die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar gemacht werden muss. Diesen Anforderungen genügen Verkörperungen in einer E-Mail oder in einem Computerfax. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen; auch hier genügt die Textform.

Zu Nummer 44 (§ 115)

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der in § 114 Absatz 1 neu normierten Verpflichtung für Pflegeheime, unmittelbar im Anschluss an eine Regelprüfung die Landesverbände der Pflegekassen darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung organisiert ist. Ob und welche Regelungen ein Pflegeheim hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung getroffen hat, können für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wichtige Auswahlkriterien bei der Suche nach einer vollstationären Pflegeeinrichtung sein.

Die Regelung berücksichtigt das Interesse des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen nach umfassenden, leicht zugänglichen Informationen und bietet gleichzeitig die Möglichkeit zur Bündelung der Informationsflüsse.

Die Neuregelung erweitert die Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen: Sie haben sicherzustellen, dass die Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung vollstationärer Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.

Dabei ist darauf abzuzielen, die Mitteilung zu strukturieren und eine belastbare Information der Versicherten und eine Vergleichbarkeit der Angaben zu gewährleisten. Die Regelung tritt erst am 1. Januar 2013 in Kraft, damit die Landesverbände der Pflegekassen ausreichend Zeit haben, um die

technischen Voraussetzungen für die Veröffentlichung entsprechend den gesetzlichen Maßgaben zu schaffen.

Im Zusammenhang mit dem Transparenzbericht findet bereits ein Datenaustausch zwischen der Einrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen statt: Nach Anlage 4 zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen stationär (PTVS) vom 17. Dezember 2008 haben die Einrichtungen die Möglichkeit, nach Erhalt des vorläufigen Transparenzberichts den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Tagen Unterlagen zuzusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden. Es bietet sich an, die gesetzlich geforderten Selbstauskünfte zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung im Zusammenhang mit diesen Informationsflüssen zu übermitteln und zu veröffentlichen.

In Satz 2 wird geregelt, dass die Informationen über die in der Einrichtung zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Organisation der Arzneimittelversorgung getroffenen Regelungen in der Pflegeeinrichtung an gut sichtbarer Stelle auszuhängen sind. Dadurch wird sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auch in der Pflegeeinrichtung selbst diesbezüglich eine aktuelle Information erhalten.

Zu Nummer 45 (§ 117)

Für Pflegeeinrichtungen kann es eine Belastung darstellen, wenn es ein unzureichend koordiniertes Nebeneinander von Prüfungen gibt:

- die Prüfung stationärer Pflegeeinrichtungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beziehungsweise den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Heimaufsichtsbehörden sowie
- die Prüfung ambulanter Pflegeeinrichtungen durch Medizinische Dienste der Krankenversicherung beziehungsweise den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. und – je nach Ausgestaltung des Landesrechts – nach heimrechtlichen Vorschriften durch die dafür zuständigen Behörden sowie
- gegebenenfalls zusätzliche Prüfungen durch andere aufsichtführende Behörden und Institutionen.

Die bisherigen Verpflichtungen zur Zusammenarbeit nach § 117 sollen daher konkreter gestaltet werden und den Pflegekassen, Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. mehr Raum zur Entwicklung der Zusammenarbeit mit den Institutionen der Heimaufsicht geben.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Für die Prüfpraxis sind der fachliche Austausch und die Abstimmung von zentraler Bedeutung. Sie sollten regelmäßig und zu allen bereits in der Vorschrift angesprochenen Fragestellungen stattfinden. Dies wird durch die Einfügung des Wortes „regelmäßig“ sichergestellt. Die Zusammenarbeit von Heimaufsichtsbehörden und Medizinischen Diensten soll daher nicht nur auf operativer Ebene, sondern auch im Hinblick auf die Verbesserung der fachlichen Voraussetzungen stattfinden. Dies kann auch dazu beitragen, ein einheitliches Qualitätsverständnis zu entwickeln. Der Austausch kann in hierfür geschaffenen gemeinsamen Gremien oder auch durch gegenseitige oder gemeinsame Schulungen oder wechselseitige Hospitationen erfolgen.

Zu Doppelbuchstabe bb

In einer Konkretisierung der bisherigen Regelung werden die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nunmehr auch unmittelbar verpflichtet, sich an Vereinbarungen, die der besseren Abstimmung der Prüftätigkeiten dienen, zu beteiligen, wenn solche in einem Land etwa auf Grundlage heimrechtlicher Vorschriften angestrebt werden.

Zu Buchstabe b

Durch die Erweiterung des Absatzes 2 wird für die Kassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. ausdrücklich die Möglichkeit geschaffen, Modellvorhaben zu vereinbaren, die mit dem Ziel durchgeführt werden, das Vorgehen bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und Prüfungen nach heimrechtlichen Vorschriften besser zu koordinieren und ein organisatorisch und inhaltlich abgestimmtes Vorgehen zu erreichen. Ziel kann zum Beispiel die Entwicklung einheitlicher Prüfkriterien und einer einheitlichen Verfahrensanleitung, aber auch die Abstimmung einer arbeitsteiligen Prüfung unter Wahrung der jeweiligen gesetzlichen Befugnisse und Verantwortlichkeiten sein. Bei der Entwicklung einheitlicher Qualitätskriterien und Prüfanleitungen sollen neue fachliche Erkenntnisse, wie zum Beispiel die Ergebnisse des Modellprojekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ berücksichtigt werden.

Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität bleibt wie die Prüfverpflichtung hinsichtlich der Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen gemäß §114 Absatz 2 Satz 2 bestehen. Dies ist angesichts des Schutzbedürfnisses der Pflegebedürftigen und des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen gemäß § 69 Absatz 1 Satz 1 auch in einem gemeinsamen Prüfverfahren unerlässlich, ohne dass damit eine Bindung an das für die Prüfungen nach diesem Buch geltende Verfahren im Einzelnen geschaffen wird. Diese Verantwortung ist von den Pflegekassen regelhaft auch wahrzunehmen, wenn Prüfergebnisse der Heimaufsichtsbehörden dahingehend geprüft werden, inwieweit sie den Anforderungen dieses Buches entsprechen (siehe § 114 Absatz 3). Für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens kann aber von den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 abgewichen werden.

Es ist zu gewährleisten, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden können. Das heißt, auch im Rahmen eines Modell-

vorhabens ist die Veröffentlichung der von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität vorzusehen, wie sie seit 2008 im Elften Buch (und seither auch in verschiedenen Heimgesetzen der Länder) niedergelegt ist. Abweichungen von den nach § 115 Absatz 1a Satz 6 bundesweit getroffenen Transparenzvereinbarungen sind zum Zweck einer offenen Modellgestaltung jedoch möglich.

Zu Nummer 46 (§ 118 – neu)

Zu Absatz 1

Bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich wird die Beteiligung von den Betroffenen und ihren Organisationen als unzureichend empfunden. Die Beteiligung von Betroffenenorganisationen war im Elften Buch bisher uneinheitlich geregelt und ging – mit Ausnahme des Vorschlagsrechts zu Expertenstandards – über ein so genanntes qualifiziertes Stellungnahmerecht (frühzeitige Übersendung der entsprechenden Entscheidungsunterlagen und angemessene Frist zur Stellungnahme) nicht hinaus. Ziel der Neuregelung in Absatz 1 ist es, in Anlehnung an entsprechende Regelungen im Fünften Buch zur Patientenbeteiligung die Betroffenenperspektive bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich durch eine stärkere und qualifiziertere Beteiligung besser einzubinden. Dies ist sowohl im Hinblick auf sachgerechte Lösungen als auch im Hinblick auf die Akzeptanz der Entscheidungen sinnvoll. Die Beteiligung bei Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren – die Richtlinienkompetenz wird in § 18b verankert – wird von der Regelung umfasst.

Im Qualitätsbereich werden die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität, die Sicherstellung der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, die Qualitätsprüfungsrichtlinien und die Transparenzvereinbarungen von der Regelung erfasst.

Zukünftig sind sowohl ein Anwesenheitsrecht als auch ein Mitberatungsrecht vorgesehen. Das Mitberatungsrecht umfasst kein Stimmrecht. Wird einem schriftlichen Anliegen der zu beteiligenden Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen. Das Vorschlagsrecht bei den Expertenstandards bleibt unangetastet.

Zu Absatz 2

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, Einzelheiten zum Verfahren der Beteiligung, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisation, Legitimation und Offenlegung der Finanzen der zu beteiligenden Organisationen, durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.

Zu Nummer 47 (§ 120)

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt klar, dass Pflegeverträge von den Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden können. Die Präzisierung greift die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 9. Juni 2011 (Az. III ZR 203/10) auf und dient hinsichtlich zugelassener Pflege- und Betreuungsdienste der Rechtssicherheit. Dadurch entfällt der bisherige Satz 2 (probeweise Inanspruchnahme), der durch die Klarstellung entbehrlich wird.

Zu Buchstabe b

Die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 89, neben vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen generell auch vom Zeitaufwand abhängige Vergütungen zu vereinbaren, dient der Stärkung der Wahlmöglichkeiten Pflegebedürftiger (siehe Änderung des § 89) und ermöglicht es Pflegebedürftigen, bei der Wahl von Vergütungen nach Zeitaufwand frei zu entscheiden, welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt. Zum Schutz des einzelnen Pflegebedürftigen werden Pflegedienste ergänzend verpflichtet, generell Hilfeleistungen sowohl auf Basis von Zeitvergütungen als auch entsprechend dem vereinbarten vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungssystem anzubieten.

Pflegebedürftige sind vom Pflegedienst vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung durch einen Kostenvoranschlag zu informieren, wie sich die Wahl des Vergütungsmodells jeweils im Ergebnis konkret und gegebenenfalls unterschiedlich auswirkt. Dadurch werden die Auswahlmöglichkeiten und das Wahlrecht für den Einzelnen zu Beginn und über die Dauer des Pflegevertrages transparent und nachvollziehbar. Veränderungen sind insbesondere dann wesentlich, wenn die Änderung in der Pflegesituation zur Anpassung der Pflegestufe führt oder Vergütungen erneut vereinbart werden. Klargestellt wird darüber hinaus, dass ausschließlich der einzelne Pflegebedürftige entscheidet, bei welchen Hilfeleistungen welche Form der zur Auswahl stehenden Vergütungen gewählt wird.

Selbstverständlich kann die Form der Vergütungen individuell auch so zusammengestellt werden, dass zwischen den vereinbarten Vergütungssystemen gewechselt wird. Der Pflegebedürftige ist nicht auf Dauer an seine Entscheidung gebunden, sondern kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zum Beispiel von der Vergütung nach Zeitaufwand zu den vereinbarten Vergütungen nach Leistungskomplexen wechseln. Da bewusste Auswahlentscheidungen nicht ohne Grund verändert werden, wird auf Regelungen verzichtet, die eine Bindungswirkung für eine bestimmte Zeit bewirken.

Zu Nummer 48 (§§ 123 – neu – bis 125 – neu)

Die Vorschriften setzen die Zielrichtung um, für einen Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, sowohl Leistungen für demenziell erkrankte Menschen als auch die insbesondere für diesen Personenkreis erforderliche Flexibilisierung des Leistungsrechts vorzuziehen. Dies ist der erste Schritt im Gesamtkonzept zur Verbesserung der Leistungen für demenziell erkrankte Menschen und ihre Familien.

Die Umschreibung von häuslicher Betreuung nach § 124 und die Erhöhung von Leistungen nach § 123 haben weder des Inhalts noch der Art nach sowie in der Höhe präjudizielle Wirkungen auf die Arbeiten des Expertenbeirats und die künftigen Regelungen im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Aufgabe des Expertenbeirats ist unter anderem, das neue Leistungssystem und die leistungsrechtliche Umsetzung zu erarbeiten sowie die Schnittstellenproblematik, insbesondere zum Zwölften Buch und zum Bundesversorgungsgesetz, durch eine fundierte inhaltliche Definition der Leistung zu lösen.

Da die Ergebnisse des Expertenbeirats noch nicht vorliegen, kann im Rahmen dieser Übergangsvorschrift nur eine übergangsweise geltende Beschreibung von häuslicher Betreuung geleistet werden. Mit Vorliegen der Ergebnisse des Expertenbeirats steht die inhaltliche Beschreibung der häuslichen Betreuung auf dem Prüfstand und ist entsprechend neu zu definieren.

Zu § 123 (neu)

Mit dieser Vorschrift werden für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a) Leistungsverbesserungen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung eingeführt. Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen haben einen besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf, der vor allem über den Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege, also der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität, hinausgeht. Bei diesem Personenkreis spielen die körperlichen Defizite häufig nicht die zentrale Rolle. Ihr dennoch bestehender Hilfe- und Betreuungsbedarf kann nach den bisherigen Regelungen oftmals nicht ausreichend bei der Begutachtung erfasst werden. Aus diesem Grund soll der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird die weiteren Schritte für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einem Expertenbeirat fachlich fundiert vorbereiten lassen.

Bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, sollen Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz jedoch bereits höhere Leistungen erhalten (§ 123) und neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch Betreuungsleistungen (§ 124) in Anspruch nehmen können.

Die Leistungsverbesserungen beziehen sich auf Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, weil die stationäre Pflege bereits heute die soziale Betreuung mit einschließt (§ 82 Absatz 1 Satz 3) und darüber hinaus künftig bei allen Formen stationärer Pflege zusätzliche Betreuungskräfte (§ 87b) zu Lasten der Pflegekassen eingesetzt werden können.

Die Leistungen für Pflegebedürftige der Pflegestufe III mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden im Rahmen dieser Übergangsregelung nicht erhöht. Nur Pflegebedürftige der Pflegestufe 0, Pflegestufe I und Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind durch die heutige Begutachtung benachteiligt, ihr besonderer Hilfebedarf wird nicht ausreichend berücksichtigt und deshalb kommt es nicht immer zur Einstufung in eine angemessene, höhere Pflegestufe. Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wurde (auch ohne eine Berücksichtigung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) die höchste Pflegestufe bereits eingeräumt (in aller Regel würden die Härtefallkriterien auch bei einer Berücksichtigung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nicht erfüllt werden). Es liegt also kein Fall einer Benachteiligung bei der Einstufung vor, die durch höhere Leistungen übergangsweise auszugleichen wären. Es wird Aufgabe des Expertenbeirats sein, Vorschläge für eine angemessene Bemessung der Leistungshöhe für diesen Personenkreis für die Zukunft zu machen.

Zudem kann aus Gleichbehandlungsgründen für Pflegebedürftige mit einem gleich hohen Bedarfsgrad keine unterschiedliche Leistungshöhe gewährt werden, je nach dem ob dieser Bedarfsgrad durch somatische oder geistig/psychische Ursachen ausgelöst wird. Es bestünde aber die erhebliche Gefahr einer Ungleichbehandlung, wenn nur für Pflegebedürftige der Pflegestufe III mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eine Leistungserhöhung vorgenommen würde und somatisch Pflegebedürftige der Pflegestufe III mit einem besonders hohem Pflegebedarf keine Leistungserhöhung erhielten. Würde man die Leistungen für alle Pflegebedürftige der Pflegestufe III anheben, um dem Gleichbehandlungsgebot zu entsprechen, würde der gesetzte finanzielle Rahmen überschritten werden.

Zu Absatz 1

Bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, erhalten ambulant versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a) aufgestockte Leistungen, die höher liegen als die aktuellen Leistungsbeträge der jeweiligen Pflegestufe. Weder das bestehende Begutachtungsverfahren nach § 18 noch das Verfahren zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a müssen hierzu geändert werden. Damit wird bei der Frage, ob und in welcher Höhe Pflegeleistungen bezogen werden können, auch darauf abgestellt, ob ein besonderer Betreuungsbedarf im Sinne des § 45a bei der Begutachtung festgestellt wird. Etwa 500 000 ambulant versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe III werden von den Leistungsverbesserungen profitieren.

Zu Absatz 2

Pflegebedürftige der so genannten Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten 50 Prozent der Leistungen, die für Pflegestufe I nach den §§ 36 und 37 vorgesehen sind.

Verhinderungspflege (§ 39) sowie Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40) können in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Dies gilt wie bisher auch – ohne dass es hierfür einer neuen Regelung bedarf – für die Pflegeberatung (§ 7a), für Pflegekurse (§ 45) und zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b).

Zu den Absätzen 3 und 4

Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten erhöhte Leistungsbeträge, nämlich eine Erhöhung um 33 Prozent des jeweiligen Differenzwertes zwischen dem Leistungsbetrag ihrer Pflegestufe und dem Leistungsbetrag der nächsthöheren Pflegestufe. Bei der Anwendung der Kombinationsregelung nach § 38 sowie der Kombinationsregelungen nach § 41 Absatz 4 bis 6 sind die erhöhten Leistungsbeträge für Pflegegeld und Pflegesachleistungen nach § 123 zugrunde zu legen.

Zu § 124 (neu)

Zu Absatz 1

Bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, haben Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, in der sozialen und privaten Pflegeversicherung einen Anspruch auf häusliche Betreuung. Es handelt sich der Art nach um einen Sachleistungsanspruch im Sinne des § 36, der zunächst aus der Regelleistung ausgegliedert wird, um ungewollte Präjudizierungen im Hinblick auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu vermeiden. Durch die Neuregelung wird der Leistungsbetrag des § 36 nicht erhöht. Der Anspruch auf die Sachleistung nach § 36 hat in dem Übergangszeitraum damit rechtlich zwei Grundlagen (§ 36 und § 124), die durch den Anspruch in § 123 der Höhe nach ergänzt werden.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b bleiben bestehen, die auf der Grundlage dieser Regelung entwickelten Betreuungsangebote können weiterhin in Anspruch genommen werden. Die Betreuung nach der Übergangsregelung in § 124 kommt zusätzlich zu den „zusätzlichen Betreuungsleistungen“ nach § 45b hinzu. Damit wird den Pflegebedürftigen ermöglicht, auf einen Hilfemix unterschiedlicher Betreuungsangebote nach ihren Wünschen zurückzugreifen.

Zu Absatz 2

Der Sachleistungsbetrag, der bisher nur für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung genutzt werden konnte, steht künftig – auch außerhalb der gemeinschaftlichen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch mehrere Pflegebedürftige (sogenanntes Poolen) – für alle drei Leistungsbereiche (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und häusliche Betreuung) abhängig von der Pflegestufe zur Verfügung. Dadurch kommt es zu keiner Differenzierung innerhalb der Leistungsbeträge zwischen Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und häuslicher Betreuung. Der Versicherte kann aus Angeboten der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung von zugelassenen Pflegediensten nach seinen Wünschen und Bedürfnissen eigenverantwortlich wählen. Durch die damit gegebene größere Flexibilisierung bei der Auswahl der Pflegeleistungen wird ihm ermöglicht, seinen Bedarf an Pflegeleistungen noch besser an seiner individuellen Versorgungssituation sowie an seinen Wünschen und Bedürfnissen auszurichten.

Betreuungsleistungen entsprechen vor allem den Wünschen von demenziell erkrankten Menschen beziehungsweise ihren Angehörigen nach passgenaueren Leistungen, insbesondere zur Entlastung der Angehörigen. Aber auch somatisch erkrankte Pflegebedürftige bekommen dadurch neue Gestaltungsmöglichkeiten bei der Zusammenstellung ihrer Pflegeleistungen.

Unter häusliche Betreuung können Leistungen gefasst werden, die nicht Bestandteil von Angeboten der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sind. Leistungen der häuslichen Betreuung werden demnach neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung unter anderem erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen so weit wie möglich zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern, eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten und zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen beizutragen. Die Betreuungsleistungen sind wie die anderen Leistungen und Hilfen der Pflegeversicherung entsprechend § 2 Absatz 1 Satz 2 darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Absatz 2 nennt zur Erleichterung der praktischen Umsetzung bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Beispiele einer häuslichen Betreuung. Diese umfasst unter anderem persönliche Hilfeleistungen, beispielsweise durch Unterstützung im Haushalt des Pflegebedürftigen beziehungsweise seiner Familie sowie im häuslichen Umfeld, zur Orientierung und Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen. Zur Gestaltung des Alltags gehören beispielsweise die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, die Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen, die Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus sowie die Unterstützung bei Hobby und Spiel. Spaziergänge in der näheren Umgebung können ebenso zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte beitragen, wie die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten oder die Begleitung zum Friedhof. Darüber hinaus kommen Unterstützungsleistungen bei der Regelung von finanziellen und administrativen Angelegenheiten in Betracht.

Keine häusliche Betreuung im Sinne dieser Vorschrift sind Fahrdienste und Hilfen bei der schulischen und beruflichen Eingliederung. Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben durch die Einführung dieser Regelung unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig. § 13 Absatz 3 gilt. Auch Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers fallen, etwa das Verabreichen von Medikamenten im Rahmen der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Fünften Buch, gehören nicht zur häuslichen Betreuung im Sinne dieser Vorschrift.

Sonstige Hilfen schließen auch Hilfen mit ein, bei denen ein aktives Tun nicht im Vordergrund steht. Die „Beaufsichtigung“ wird im Gesetz nicht erwähnt, weil dieser Begriff möglicherweise einer falschen Sichtweise Vorschub leisten könnte, die dem Selbstbestimmungsrecht pflegebedürftiger Menschen nicht gerecht wird. Dies heißt nicht, dass ein Beistand durch die Betreuungsperson in Form einer Anwesenheit und Beobachtung des Pflegebedürftigen, zum Beispiel eine Beobachtung zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung oder eine bloße Anwesenheit, um ihm emotionale Sicherheit zu geben, nicht von dem Begriff der sonstigen Hilfen umfasst ist. Beaufsichtigung durch eine räumlich nicht anwesende Person, insbesondere durch eine Videoüberwachung, ist jedoch keine häusliche Betreuung im Sinne dieser Vorschrift.

Die Einbeziehung von häuslicher Betreuung im Übergangsrecht der Pflegeversicherung hat keine Ausweitung der Art und des Umfangs der Leistungen, die als Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch und dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) zu erbringen sind, zur Folge.

Zu Absatz 3

Der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Betreuung besteht nur dann, wenn gewährleistet ist, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Diese Zielsetzung wird durch § 120 Absatz 1 Satz 2 abgesichert. Diese Vorschrift sieht vor, dass die ambulanten Pfle-

gedienste jede wesentliche Veränderung des Zustands des Pflegebedürftigen unverzüglich der zuständigen Pflegekasse mitzuteilen haben. Das beinhaltet auch eine Mitteilungspflicht, wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen, etwa durch eine defizitäre Grundpflege, wesentlich verschlechtert hat.

Zu Absatz 4

Für die häuslichen Betreuungsleistungen nach den Absätzen 1 bis 3 sind die vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen des Siebten und Achten Kapitels entsprechend anzuwenden. Zur Vermeidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen den Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe sind die Vergütungen für die häuslichen Betreuungsleistungen in entsprechender Anwendung des § 89 gemeinsam mit den Trägern der Sozialhilfe zu vereinbaren.

Ebenfalls entsprechend anzuwenden sind die Regelungen des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung. Insbesondere sind im Hinblick auf die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen in der häuslichen Betreuung die „Maßstäbe und Grundsätze“ durch die Vertragspartner nach § 113 Absatz 1 zu ergänzen. Die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) sind um angemessen modifizierte Regelungen zu ergänzen.

Zu § 125 (neu)

Mit der modellhaften Zulassung von Diensten, die sich auf Leistungen der häuslichen Betreuung, insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, konzentrieren möchten, wird der Übergangsregelung in § 124 Rechnung getragen. Wie die bisherigen Pflegedienste haben auch diese neuen Leistungserbringer Sachleistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung zu erbringen, wenn Pflegebedürftige dies wünschen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird mit der Durchführung des Modellvorhabens beauftragt und legt die Einzelheiten dazu im Rahmen der Ausschreibung fest. Dazu gehört auch die Auswahl einer begrenzten Zahl von teilnehmenden Betreuungsdiensten. Die Verwaltung und wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens wird aus den Modellmitteln finanziert. Im Einzelfall ist auch die Gewährung von Mehraufwandsentschädigungen für die von der Durchführung des Vorhabens betroffenen Stellen möglich.

Dem besonderen Anliegen dieser neuen Dienste entsprechend können an Stelle der Pflegefachkraft qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, als verantwortliche Kräfte anerkannt werden. Dies können zum Beispiel auch Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein. Dem Leistungsspektrum der Dienste entsprechend kommen somit unterschiedliche Ausgangsqualifikationen für die verantwortliche Kraft in Betracht. Dieser Ansatz ermöglicht, die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und damit auch breitere personelle Basis zu stellen.

Voraussetzung ist ferner, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen erfolgreich absolviert wurde. Dies kann eine Maßnahme entsprechend § 71 Absatz 3 Satz 4 sein. Die Weiterbildung kann jedoch auch im Rahmen des Modellprojekts in angepasster Form durchgeführt werden. Die Auswirkungen einer Zulassung von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung sollen mittels einer Vielzahl von teilnehmenden Betreuungsdiensten in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über eine regelhafte Einführung von Betreuungsdiensten zu erhalten. Die Verlängerung der Zulassung der Betreuungsdienste bis zwei Jahre nach Ende des Modellprogramms soll einen reibungslosen Übergang in die gegebenenfalls im Lichte der Ergebnisse gesetzlich zu regelnde Zulassung von Betreuungsdiensten zur Regelversorgung gewährleisten.

Die am Modellvorhaben beteiligten Dienste sollten durch entsprechende zusätzliche Bezeichnungen, beispielsweise durch Namenszusätze wie „Betreuungsdienst“, kenntlich gemacht werden. Dies ist erforderlich, um eine bessere Orientierung und die erforderliche Transparenz für Pflegebedürftige auf dem Markt zu erreichen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

Die Regelung ist eine Folgeregelung zur Ausweitung des Personenkreises der Pflegenden in § 19 des Elften Buches. Sie stellt sicher, dass Pflegepersonen ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag auch dann begründen können, wenn sich die dafür erforderliche Mindeststundenzahl erst durch die Zusammenrechnung der Pflegezeiten für mehrere pflegebedürftige Angehörige ergibt.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 23)

Pflegepersonen sind durch ihre Situation stark, oft bis hin zur Überforderung belastet. Dadurch ist ihre Gesundheit gefährdet oder eine Erkrankung tritt ein. Gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Pflegepersonen sind deshalb, auch im Sinne der pflegebedürftigen Angehörigen, von besonderer Bedeutung.

Pflegende Angehörige haben zwar schon nach geltendem Recht Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit die medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Die Neuregelung trägt aber der besonderen Situation Rechnung, in der sich die pflegenden Angehörigen befinden, und unterstreicht, dass die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen die besonderen Belastungen pflegender Angehöriger berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang ist auf die Ergänzung in § 42 des Elften Buches hinzuweisen, die die Möglichkeit eröffnet, bei stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge von häuslich Pflegenden auch die Pflegebedürftigen in der Einrichtung mit aufzunehmen.

Zu Nummer 2 (§ 40)

Pflegepersonen sind durch ihre Situation stark, oft bis hin zur Überforderung belastet. Dadurch ist ihre Gesundheit gefährdet oder eine Erkrankung tritt ein. Gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Pflegepersonen sind deshalb, auch im Sinne der pflegebedürftigen Angehörigen, von besonderer Bedeutung.

Pflegende Angehörige haben zwar schon nach geltendem Recht Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit die medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Die Neuregelung trägt aber der besonderen Situation Rechnung, in der sich die pflegenden Angehörigen befinden, und unterstreicht, dass die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen die besonderen Belastungen pflegender Angehöriger berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang ist auf die Ergänzung in § 42 des Elften Buches hinzuweisen, die die Möglichkeit eröffnet, bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen von häuslich Pflegenden auch die Pflegebedürftigen in der Einrichtung mit aufzunehmen.

Zu Nummer 3 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz in § 87 Absatz 2i geschaffene Regelung verfolgt das Ziel, den erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand, der Vertragszahnärzten durch das Aufsuchen immobiler Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung entsteht, in einer zusätzlichen Leistungsposition abzubilden.

Personen, bei denen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, erfüllen oft nicht die Voraussetzungen einer Pflegestufe nach § 15 Absatz 1 des Elften Buches. Durch die Regelungen in Artikel 1 dieses Gesetzes sollen diese Personen Leistungen erhalten, die auf ihre besondere Situation zugeschnitten sind.

Häufig können Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund ihrer gerontopsychiatrischen Veränderung, ihrer geistigen Behinderung oder ihrer psychischen Erkrankung eine Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen. Daher besteht für sie der gleiche Bedarf, aufsuchend versorgt zu werden, wie bei Pflegebedürftigen nach § 15 Absatz 1 des Elften Buches und Menschen, die Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches beziehen.

Auch bei Versicherten mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz soll deshalb die zusätzliche Vergütung im einheitlichen Bewertungsmaßstab vorgesehen werden.

Zu Buchstabe b

Um die Hausbesuchstätigkeit von Vertragszahnärzten bei Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen durch den Abschluss von Kooperationsverträgen mit den genannten Einrichtungen zu fördern, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine zusätzliche Leistung vorzusehen. Damit wird die Abrechnung einer zusätzlichen Vergütung für zahnärztliche Leistungen ermöglicht, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. Diese zusätzliche Vergütung soll in der Bewertung über die Vergütung für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen nach § 87 Absatz 2i Satz 1 hinausgehen.

Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Vergütung ist der Abschluss einer Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages für eine zahnärztliche Betreuung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen (vergleiche die Einfügung von § 119b Absatz 2). In einer solchen bundesweiten Vereinbarung sind konkret die Anforderungen, Aufgaben sowie Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele sowie das Nähere über das Abrechnungsverfahren der zusätzlichen Vergütung festzulegen. Dies erlaubt auch, einzelne regional praktizierte und erfolgreiche Kooperationsansätze in der Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten zu sammeln, zu bewerten und flächendeckend zu implementieren. Durch die zusätzliche Vergütung wird ein finanzieller Anreiz geschaffen, die vereinbarten Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele umzusetzen. Die Leistung nach § 87 Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht gesondert abrechnungsfähig, da die Leistungsbewertung nach § 87 Absatz 2j über die Leistungsbewertung nach § 87 Absatz 2i hinausgeht und damit bereits den Aufwand für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen umfasst. Die Vorschrift in Satz 3 stellt sicher, dass Ausgabensteigerungen aufgrund des Ausbaus der zahnmedizinischen Versorgung im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b Absatz 1 nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzen.

Zu Nummer 4 (§ 87a)

Um die Hausbesuchstätigkeit bei Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere durch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, oder den Abschluss von Kooperationsverträgen mit den genannten Einrichtungen zu fördern, können die Gesamtvertragspartner auf Landesebene Zuschläge für besonders förderwürdige Leistungen oder Leistungserbringer auf der Grundlage bestimmter Anforderungen vereinbaren. Kriterien des Bewertungsausschusses zur Gewährung von Zuschlägen sind dafür nicht notwendig, da als zwingende Voraussetzung für die Möglichkeit, Vergütungszuschläge zu vereinbaren, die Erarbeitung einer Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages für eine teamorientierte haus- und fachärztliche Betreuung von Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen ist (vergleiche Einfügung von § 119b Absatz 2). Deshalb sind in einer solchen bundesweiten Vereinbarung konkret die Anforderungen, Aufgaben sowie Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele und Regelungen zur Vergütung festzulegen. Im Bundesmantelvertrag werden bis zu einem Stichtag (spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der Regelung) entsprechende Anforderungen vereinbart. Dies erlaubt auch, einzelne regional praktizierte und erfolgreiche Kooperationsansätze in der Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten zu sammeln, zu bewerten und flächendeckend zu implementieren.

Die Regelungen zielen darauf ab, dauerhaft die medizinische Versorgung in Pflegeheimen zu stärken. Im Hinblick auf die erwarteten Einsparungen in anderen Leistungsbereichen wird die Möglichkeit, Zuschläge zu vereinbaren, zu-

nächst befristet. Die Ergebnisse der Evaluierung (§ 119b Absatz 3) bilden die Grundlage für die Entscheidung über eine Fortführung.

Zu Nummer 5 (§ 92)

Mit der Regelung wird klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 des Fünften Buches Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) bestimmen soll. Die Regelung ergänzt die bereits durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes getroffenen Regelungen zur Bekämpfung resistenter Erreger, insbesondere die Regelung betreffend ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern (siehe § 87 Absatz 2a Satz 3).

Zu Nummer 6 (§ 119b)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Kritik an der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen wurde mit dem im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28. Mai 2008 neu eingefügten § 119b stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eröffnet, einzeln oder gemeinsam mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge zu schließen. Zur Förderung solcher Kooperationsverträge wurde zudem vorgesehen, dass auf Antrag der Pflegeeinrichtung die Kassenärztliche Vereinigung den Abschluss eines entsprechenden Vertrages „anzustreben“ hat, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner sicherzustellen. Um solche Kooperationsverträge noch stärker zu fördern, wird diese Regelung verbindlicher ausgestaltet. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird künftig aufgegeben, bei Vorliegen eines entsprechenden Antrags einer Pflegeeinrichtung den Abschluss eines Kooperationsvertrages nicht lediglich anzustreben, sondern zu vermitteln. Die Regelung gilt entsprechend auch für die zahnärztliche Versorgung (vergleiche § 72 Absatz 1 Satz 2).

Zu Buchstabe b

Arzt und Pflegeeinrichtung verfolgen gemeinsam das Ziel, die an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu stärken.

Dazu sind vor allem der Umfang der Versorgung einschließlich Kooperationsregeln, Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele, die Aufgaben der teilnehmenden Ärzte sowie Regelungen zur Vergütung festzulegen.

Die allgemeinen Versorgungsziele sind insbesondere

- Verbesserung multiprofessioneller Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustausches (Fallbesprechungen/Visiten) zwischen allen an der Pflege und medizinischen Versorgung der Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung beteiligten Pflegekräfte, Ärzte und Fachärzte,
- Vermeiden unnötiger Krankenhausaufenthalte und damit verbundener Krankentransporte,
- Sicherstellen der ärztlichen Versorgung auch nach 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen,
- Schaffen von Regelungen zur Rufbereitschaft.

Das Recht des Bewohners auf freie Arztwahl bleibt dabei unberührt. Die Pflegeheimbewohner profitieren von der aufeinander abgestimmten Versorgung. Ein fester ärztlicher Ansprechpartner steht in den Heimen zur Verfügung und durch gemeinsame Visiten wird der Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen gefördert. Durch eine bundesweite (Rahmen-)Regelung, die kassenübergreifend gilt, wird sichergestellt, dass in den einzelnen Pflegeeinrichtungen die Bewohner gleich betreut beziehungsweise versorgt werden und die Betreuung des jeweiligen Bewohners nicht von der jeweiligen Vertragsgestaltung seiner Krankenkasse abhängig ist.

Die Regelung gilt entsprechend auch für die zahnärztliche Versorgung (vergleiche § 72 Absatz 1 Satz 2). Auch hier wird das Ziel verfolgt, Zahnarzt und Pflegeeinrichtung miteinander zu vernetzen und ihre Zusammenarbeit zu stärken. Die Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 soll unter anderem den Umfang der Versorgung einschließlich Kooperationsregeln, Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele, die Aufgaben der teilnehmenden Zahnärzte sowie das Nähere über das Verfahren der Abrechnung der zusätzlichen Vergütung nach § 87 Absatz 2j festlegen. Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen sollen die zahnärztliche Versorgung und die Mundgesundheit der Versicherten in Pflegeeinrichtungen zum Beispiel durch regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen sowie einfache Behandlungen verbessert werden. Zahnmedizinische Erkrankungen sollen auch bei Bewohnern in Pflegeeinrichtungen vermieden, frühzeitig erkannt und behandelt werden, um so die Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten beziehungsweise zu verbessern.

In Absatz 3 wird vorgegeben, dass das Institut des Bewertungsausschusses die Auswirkungen der Vereinbarungen auf die Versorgung der Versicherten und die Ausgaben der Krankenkassen sowie die ihnen gegenüberstehenden Einsparungen insbesondere durch vermiedene unnötige Krankenhauseinweisungen und Krankentransporte evaluiert und der Bundesregierung berichtet. Über das Nähere der Evaluierung sowie deren Ergebnisse ist das Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, das das Bundesministerium der Finanzen hierbei beteiligt, herzustellen. Die für diese Aufgabe erforderlichen Datengrundlagen sind von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erheben und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung beziehungsweise den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Institut zu übermitteln. Ergibt sich bei der Evaluierung ein Ausgleich der Mehrausgaben, wird die Bundesregierung Vorschläge zu einer Entfristung vorlegen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Der Personenkreis der Pflegenden im Sinne des § 19 des Elften Buches wird im Rahmen der Regelungen des Arti-

kels 1 dieses Gesetzes ausgeweitet. Danach ist nicht mehr erforderlich, dass eine einzige Person alleine mindestens 14 Stunden wöchentlich gepflegt wird. Die Mindeststundenzahl von 14 Wochenstunden kann künftig auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer pflegebedürftiger Personen erfüllt werden, wenn die pflegebedürftigen Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Durch die Ergänzung der Nummer 1a wird diese Änderung für den Bereich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nachvollzogen. Im Übrigen erfolgt keine Zusammenrechnung einer Pflegetätigkeit mit wenigstens 14 Stunden Wochenpflege mit einer anderen unter dieser Grenze bleibenden Pflegetätigkeit.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung stellt sicher, dass in den Fällen, in denen nur durch Zusammenrechnung von Pflegezeiten Versicherungspflicht besteht, für die Frage, welches Pflegegeld als Entgelt bezogen werden kann, ohne dass die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nummer 1a berührt wird, auf die jeweilige einzelne Pflegetätigkeit und das hierfür gezahlte Pflegegeld abzustellen ist.

Im Übrigen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung des Elften Buches, in dem künftig nach § 123 ein erhöhtes Pflegegeld gezahlt wird.

Zu Nummer 2 (§ 166)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Ergänzung, die zugleich klarstellt, dass sich die gesamte Regelung des § 166 Absatz 2 – wie bisher – nur auf versicherungspflichtige Pflegepersonen nach § 3 Satz 1 Nummer 1a bezieht, die einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der neue Satz 3 steht im Zusammenhang mit der Ausweitung des Personenkreises der Pflegepersonen nach § 19 des Elften Buches, wonach die erforderliche Mindeststundenzahl von 14 Wochenstunden künftig auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer pflegebedürftiger Personen erfüllt werden kann; diese Erweiterung wird für den Bereich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nachvollzogen (siehe Begründung zu Nummer 1).

§ 166 Absatz 2 Satz 3 stellt sicher, dass sich die künftig – durch die Zusammenrechnung der Pflege von mehreren Pflegebedürftigen – versicherungspflichtig werdenden Personen nicht auf die beitragspflichtigen Einnahmen der bisherigen versicherungspflichtigen Pflegepersonen auswirken.

Zu Buchstabe b

Die Erweiterung des Begriffs der Pflegepersonen, die aufgrund der erstmalig ermöglichten Zusammenrechnung von Pflegetätigkeiten bei mehreren Pflegebedürftigen eine rentenrechtliche Absicherung erhalten, erfordert eine Bemessungsgrundlage zur Bestimmung der Beitragszahlungen der Pflegeversicherung an die gesetzliche Rentenversicherung.

Der neue Absatz 3 bestimmt in Satz 1 eine beitragspflichtige Einnahme von 26,6667 Prozent der Bezugsgröße für die Pflegepersonen, die nur deshalb nach § 3 Satz 1 Nummer 1a versicherungspflichtig sind, weil sie mehrere Pflegebedürftige pflegen und durch die Zusammenrechnung (§ 19 des Elften Buches) versicherungspflichtig werden. Die beitragspflichtigen Einnahmen von 26,6667 Prozent der Bezugsgröße sind nach § 166 Absatz 3 Satz 2 nach dem anteiligen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit zu verteilen. Hierdurch wird eine angemessene anteilige Zuordnung der Beitragslasten gewährleistet, wenn die Pflegebedürftigen unterschiedlichen Pflegekassen angehören und die Beiträge für eine Pflegeperson von mehreren Pflegekassen anteilig zu entrichten sind.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat den Entwurf des Gesetzes geprüft.

Das Gesetz hat Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand von Bürgerinnen und Bürgern, Wirtschaft und Verwaltung.

Nach Schätzung des Ressorts sinkt der jährliche Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger im Saldo um 800 Stunden und rund 93 Tsd. Euro. Zusätzlich entsteht für Bürgerinnen und Bürger eine einmalige Belastung von 6 400 Stunden und rund 20 Tsd. Euro. Für die Verwaltung entsteht im Saldo jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 15,4 Mio. Euro und einmaliger Aufwand in Höhe von rund 5,4 Mio. Euro. Für die Wirtschaft entsteht im Saldo jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4,6 Mio. Euro und einmaliger Aufwand in Höhe von rund 2,4 Mio. Euro.

Der Normenkontrollrat hat hierzu folgende Anmerkungen:

Die Veränderungen des Erfüllungsaufwandes zielen insbesondere darauf ab, Beratung und Transparenz in der Pflege zu verbessern.

- Durch die Verpflichtung der Pflegekassen und Versicherungsunternehmen in § 7b SGB XI, einen Beratungstermin anzubieten bzw. einen Beratungsgutschein auszugeben, entsteht bei Pflegekassen und Versicherungsunternehmen Erfüllungsaufwand, den das Ressort abgeschätzt hat. Das Ressort hat aufgrund der Ressortanhörung in der Begründung dargelegt, dass durch den Entwurf die Gefahr von Doppelstrukturen nicht begründet wird. Pflegekassen waren auch bisher schon berechtigt, Dritte mit der Pflegeberatung zu beauftragen. Als Dritte zählen hierbei nicht die Pflegestützpunkte.
- In § 18 Absatz 3a SGB XI werden die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen verpflichtet, bei Fällen, in denen sie den schriftlichen Bescheid über den Pflegeantrag nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Frist von 5 Wochen erteilen, nach Fristablauf für jeden Tag Verzögerung 10 Euro an den Pflegebedürftigen zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse bzw. Versicherung die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Durch diese Verpflichtung entsteht laut Ressort Aufwand für die Administration der Zusatzzahlung in geschätzter Höhe von rund 4 Mio. Euro jährlich. Hinzu kommt die Zusatzzahlung selbst. Die Größenordnung dieser Zahlung hängt insbesondere davon ab, in wie vielen Fällen die Kassen und Unternehmen die Verzögerung zu vertreten haben.

  Vor dem Hintergrund der vom Ressort ermittelten Kosten stellt sich die Frage der Erforderlichkeit dieser Verpflichtung und ob es eine weniger belastende Alternative gibt:

  Laut Fünftem Pflegebericht der Bundesregierung vom 20. Dezember 2011 haben sich die Bearbeitungszeiten im untersuchten Zeitraum zwischen 2006 und 2010 erheblich reduziert. Im Jahr 2006 betrug die durchschnittliche Dauer der Begutachtung für den ambulanten Bereich 40,9 Tage, im Jahr 2010 betrug sie 23,8 Tage. Eine Bescheidung des Antragstellers innerhalb von fünf Wochen ist in der Regel dann möglich, wenn die Begutachtung innerhalb von vier Wochen abgeschlossen ist. Dies war im Jahr 2010 bei 68 Prozent aller Begutachtungen im ambulanten Bereich der Fall gegenüber nur 30,3 Prozent im Jahr 2006. Auch wenn immer noch in rund 30 Prozent aller Fälle im ambulanten Bereich die Begutachtung innerhalb von vier Wochen erfolgt, ist eine positive Tendenz erkennbar. Die Einführung des Systems der Zusatzzahlung an sich wird voraussichtlich zu einer weiteren Beschleunigung der Verfahren führen.

  Durch die Pflicht zur Leistung der Zusatzzahlung wird ein zusätzliches Anspruchsverfahren eingeführt. In jedem Fall der Verzögerung muss die Pflegekasse prüfen, ob sie die Verzögerung zu vertreten hat. Kommt sie zur Erkenntnis, dass sie die Verzögerung nicht vertreten muss, ist es Sache des Pflegebedürftigen, dies nachprüfen zu lassen. Somit kann folgendes Dilemma entstehen: Entweder ist der Pflegebedürftige mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden. In diesem Fall wird er den Rechtsweg beschreiten, was zu Klageverfahren führen würde. Oder der Pflegebedürftige will sich aufgrund der Tatsache, dass er primär die Feststellung der Pflegebedürftigkeit begehrt, nicht mit einem weiteren Verfahren belasten. In diesem Fall würde die Regelung keine weitere nennenswerte Wirksamkeit entfalten.

  Dem NKR stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, ob nicht zumindest ein kostengünstigeres Mittel zur Verfügung steht. So könnten zum Beispiel die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen auch dadurch zur Verfahrensbeschleunigung angehalten werden, indem die Dauer der Begutachtung bzw. Bescheiderteilung der einzelnen Kassen und Unternehmen transparenter als bisher gemacht wird. Ein Mehr an Transparenz dürfte dazu führen, dass Pflegekassen und Versicherungsunternehmen weitere Anstrengungen unternehmen, um die sich (mindestens) seit 2006 abzeichnende positive Entwicklung bei den Bearbeitungszeiten zu befördern. Außerdem müssten auf diese Weise keine Ressourcen darauf verwendet werden, das nach § 18 Absatz 3a SGB XI vorgesehene Verfahren zu administrieren, was letztlich wiederum der Bearbeitung der Pflegeanträge zugute kommen könnte.
- In § 87 Satz 3 SGB XI soll festgeschrieben werden, dass Entgelte für Verpflegung nur für Tage berechnet werden dürfen, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde. Laut Ressort entsteht hierdurch geringfügiger Erfüllungsaufwand.

  Die Änderung knüpft laut Begründung an die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) an, insbesondere an ein Urteil vom 13. Dezember 2007 (Az. III ZR 172/07). Der BGH hatte hierin festgestellt, „dass keine Grundlage dafür besteht, dem Bewohner das volle Verpflegungsentgelt zu berechnen, wenn er aus Gründen, die mit seiner Lebenssituation zwingend verbunden sind, die normale Verpflegung nicht entgegennehmen kann. Es ist

insbesondere nicht gerechtfertigt, Bewohner, die mit Sondernahrung verpflegt werden müssen, durch die bestehen bleibende Verpflichtung, das normale Verpflegungsentgelt zusätzlich zu entrichten, zu einem Solidarausgleich für die Vergütung eines Leistungsbestandteils heranzuziehen, den sie aufgrund ihrer persönlichen Situation nicht in Anspruch nehmen können."

Das Urteil ging von dem Fall aus, dass das Pflegeheim für einen längeren Zeitraum vorausschauend planen konnte, dass der Pflegebedürftige Sondernahrung und damit keine normale Verpflegung einnehmen musste, und dass das Pflegeheim bei einer Reduzierung des Entgelts keine Einbußen erleidet, da es sich beim Einkauf der Lebensmittel darauf einrichten kann. Für den Gesetzentwurf spielt die Frage, warum und wie lange der Pflegebedürftige an der Verpflegung nicht teilnimmt, keine Rolle. Folge wird voraussichtlich sein, dass der Betreiber des Pflegeheims letztlich taggenau beweisen muss, dass der Pflegebedürftige tatsächlich die Verpflegung in Anspruch genommen hat. Dies erfordert im Ergebnis eine zusätzliche Dokumentation. Daneben ist das Pflegeheim weiterhin gehalten, Verpflegung vorzuhalten, es darf aber in der Abrechnung nur die Tage in Ansatz bringen, an denen Verpflegung tatsächlich in Anspruch genommen wurde. Hierdurch entsteht zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

- In § 89 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ist vorgesehen, dass die Vergütungen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen sind. Das Ressort hat für die Vereinbarung dieser Vergütungen den Erfüllungsaufwand abgeschätzt. Unklar bleibt, wann der Wechsel der Vergütung erfolgen kann. Sollte dies jederzeit möglich sein, entsteht dadurch zusätzlicher Aufwand für Dokumentation und Abrechnung.
- Die Bundesregierung hat sich das Ziel gesetzt, die Bürokratiekosten der Wirtschaft bis Ende 2011 netto um 25 Prozent im Vergleich zur Rechtslage am 30. September 2006 zu senken. Zur Erreichung dieses Ziels hat sie am 14. Dezember 2011 beschlossen, auch die Bürokratiekosten der Wirtschaft im Bereich Gesundheit und Pflege zu senken. Für beide Bereiche könnte das Entlastungspotenzial laut Eckpunktepapier zusammengenommen bei bis zu 50 Mio. Euro pro Jahr liegen.

Da durch den vorliegenden Entwurf der Aufwand für die Wirtschaft ansteigen wird, müssen zusätzliche entlastende Maßnahmen identifiziert werden. Sollten diese Maßnahmen im parlamentarischen Verfahren dieses Gesetzentwurfs als Formulierungshilfe eingebracht werden, bittet der NKR um eine frühzeitige Beteiligung durch das Ressort.

Der NKR bittet das Ressort, in seiner möglichen Stellungnahme nach § 6 Absatz 1 Satz 2 NKR-Gesetz insbesondere auch auf die zu § 18 Absatz 3a SGB XI geäußerten Bedenken einzugehen.

Anlage 3

Stellungnahme der Bundesregierung zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates

Zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) vom 15. März 2012 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) nimmt die Bundesregierung wie folgt Stellung:

Die Bundesregierung hat sich im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Neuausrichtung in der Pflegeversicherung darauf verständigt, kurzfristig neben Verbesserungen bei den Leistungen insbesondere für Demenzerkrankte und für Angehörige, der Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme und der Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen auch die Stellung der Pflegebedürftigen und Antragsteller zu stärken. Das betrifft unter anderem die Verpflichtung der Pflegekassen, kurzfristig einen Beratungstermin anzubieten. Zudem soll ein Anreiz gesetzt werden, dass Pflegekassen dafür sorgen, dass Anträge in der gesetzlich vorgesehenen Frist bearbeitet werden. Zu diesem in der Stellungnahme des NKR zentralen Punkt weist die Bundesregierung darauf hin, dass es das Ziel der Bundesregierung ist, das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit so zu gestalten, dass es den Interessen und Ansprüchen der Antragsteller hinsichtlich einer zügigen Bescheiderteilung und einer umfassenden Information besser gerecht wird.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen schnelle und unbürokratische Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können. Die gesetzlichen Fristen zur Bescheiderteilung werden jedoch nicht immer eingehalten.

Die Bundesregierung erwartet, dass die Pflegekassen sich an die gesetzlich vorgegebenen Fristen zu Bescheiderteilung gebunden sehen und diese einhalten. Die vorgesehene Einführung einer Zahlung der Pflegekasse von 10 Euro für jeden Tag Verzögerung an den Pflegebedürftigen, wenn die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen erteilt, dient diesem Ziel. Es entsteht Druck für die Pflegekassen, sich im Hinblick auf die Einhaltung der Fristen nicht nur überwiegend, sondern in jedem Einzelfall gesetzmäßig zu verhalten (Sicherungsfunktion). Darüber hinaus hat die Regelung auch eine Ausgleichsfunktion: Es entsteht den Antragstellern zwar tatsächlich kein unmittelbarer wirtschaftlicher Schaden, da Leistungen rückwirkend gewährt werden. Aber es entstehen nicht zu vernachlässigende Unannehmlichkeiten, was die Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen angeht, indem bis zur Bescheiderteilung grundsätzliche Unsicherheit darüber besteht, ob eine Leistung erfolgt, ob man einen Pflegedienst wird engagieren können usw. Gegebenenfalls kommt die Notwendigkeit hinzu, über die Frist von fünf Wochen hinaus in Vorleistung zu treten, um überhaupt eine Versorgung sicherzustellen.

Der NKR stellt fest, dass „die Einführung des Systems der Zusatzzahlung an sich“ – gegenüber der in den vergangenen Jahren deutlich verkürzten Bearbeitungszeiten – „voraussichtlich zu einer weiteren Beschleunigung der Verfahren führen [wird]“. Die Pflegekassen sollen veranlasst werden, zum Beispiel durch vorausschauendes Management zu gewährleisten, dass Bescheide rechtzeitig erteilt werden. In diesem Fall findet die Zuzahlungsregelung keine Anwendung.

Aus Sicht der Bundesregierung handelt es sich bei der Regelung nicht um ein „zusätzliches Anspruchsverfahren“. Vielmehr besteht auch heute unverzichtbar die Notwendigkeit eines ‚Controllings‘ zur Einhaltung der Fristen zur Bescheiderteilung. Hier kann insofern kein Mehraufwand geltend gemacht werden. Die Bundesregierung ist auch der Auffassung, dass es im Sinne der Versicherten und einer verbraucherorientierten Dienstleistung erforderlich ist, die Pflegekassen dazu anzuhalten, bei Überschreiten der gesetzlichen Entscheidungsfrist einen Klärungsprozess bezüglich der Ursachen vorzunehmen, um für zukünftige Antrags- und Begutachtungsverfahren einschließlich der dazugehörenden zugehenden Beratung Fristüberschreitungen möglichst auszuschließen.

Zu der durch den NKR in seiner Stellungnahme erwogenen Alternative, die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen zu mehr Transparenz der Begutachtungszeiten zu verpflichten und dadurch eine konsequente Einhaltung der gesetzlichen Fristen der Bescheiderteilung zu erreichen, ist Folgendes auszuführen:

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) weist auf der Grundlage der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken gemäß § 53a des Elften Buches bereits jährlich eine Begutachtungsstatistik aus, in der die Erledigungsdauer der Erstgutachten der jeweiligen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für den ambulanten und stationären Bereich differenziert dargestellt wird. Die Daten wurden durch den MDS im Internet für 2009 veröffentlicht. Trotz dieser Transparenz werden dennoch nach wie vor in rund einem Drittel aller Erstbegutachtungsfälle im ambulanten Bereich die Begutachtungen nicht innerhalb von vier Wochen durchgeführt. Eine Bescheidung des Antragstellers durch die Pflegekasse innerhalb von fünf Wochen ist aber in der Regel nur dann möglich, wenn die Begutachtung innerhalb von vier Wochen abgeschlossen ist.

Aus Sicht der Bundesregierung ist dem einzelnen Antragsteller mit im Folgejahr veröffentlichten statistischen Daten seiner Kasse/seines MDK in der konkreten Situation nicht geholfen. Ziel muss es sein, in der konkreten Situation Beschleunigung zu erreichen. Insoweit ist die Regelung – wie oben bereits erwähnt – auch im Zusammenhang mit der Möglichkeit zur Aktivierung weiterer Gutachter und der Konkretisierung von Vorgaben für Verfahren bei der Beratung von Antragstellern (§ 7b des Elften Buches – neu) zu

sehen. Dieses Gesamtpaket dient dazu, das Begutachtungsverfahren insgesamt zu beschleunigen und kundenorientierter zu gestalten.

Im Hinblick auf das Ziel, Bürokratiekosten für die Wirtschaft einzusparen, wird im Laufe des weiteren parlamentarischen Verfahrens zu prüfen sein, inwieweit weitere Vorschläge der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege in das Gesetz aufgenommen werden können. Der NKR wird in diesen Prozess so frühzeitig wie möglich einbezogen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333